سيكولوجية الدمج

اعداد

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

٢٠١٩

في هذا الكتاب

يعتبر موضوع دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية من الموضوعات التي لا زالت مثار جدل حول إيجابيات وسلبيات الدمج، فإن إيجابيات الدمج عديدة وهي أكثر بكثير من سلبياته. لذا فقد شهد القرن العشرون تطوراً كبيراً وملموساً نحو التوسع في برامج الدمج ونحو التوسع في دمج فئات مختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة وبدرجات مختلفة من العجز (البسيطة والمتوسطة وحتى الشديدة) ، ونتيجة لهذا التغيير شهدت المجتمعات تحولاً ملحوظاً في التوجه نحو الدمج، حيث قامت العديد من المجتمعات بفتح العديد من برامج الدمج في المدارس العادية على هيئة صفوف خاصة. وحققت برامج الدمج العديد من الفوائد للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في جوانب متعددة منها نمو مهاراتهم الأكاديمية والاجتماعية بالإضافة إلى تنامي الاتجاهات الإيجابية نحوهم من قبل العاديين .

لذا تشكل رعاية المعاقين إحدى أولويات الدول والمنظمات المعاصرة ، والتى تنبثق من مشروعية حق المعاقين فى فرص متكافئة مع غيرهم فى كافة مجالات الحياة وفى العيش بكرامة وحرية ، وأكثر من ذلك فإن مستوى الرعاية والعناية بالمعاق يشكل أحد المعايير الأساسية التى تقاس بموجبها حضارات الأمم ومستويات تطورها ، ويقترن دائما الاهتمام بحاجات المعاق ومستويات الخدمات المقدمة له مع المستوى الحضاري الذى تحتله كل بلد من البلدان

، فالاهتمام بهذه الشريحة يعتبر مظهرا حضاريا من الطراز الأول ، بما يعنيه ذلك من توجيه المجتمع لخدمة الفرد وتمكينه من خدمة المجتمع ، ففكرة الدمج ليست بالفكرة الجديدة حيث نادي بها الرسول (ص) عندما لم يسمح للكفيف بالصلاة وحدة فى المنزل إذا كان يسمع الآذان حتى لا ينعزل عن مجتمعه ، بل وكرم هذه الفئة عندما ولى عبدالله بن أم مكتوم إمارة المدينة المنورة وهو كفيف ، ففى الإسلام ميزان التقوى هو الذي يميز بين الناس (إن أكرمكم عند الله أتقاكم) ، أما حديثا فقد شهد عقد الثمانينات من القرن الماضي زيادة فى الحركة تجاه دمج الذين يعانون من مشكلات تعليمية وسلوكية شديدة دمجا شاملا فى بيئة التربية العادية ، حيث يركز مفهوم الدمج على مدى ملائمة الأفراد الذين سبق عزلهم لإرجاعهم إلى بيئات التربية العادية ، وهذا يختلف عن الدمج فى المدرسة دمجاً شاملاً ، والذي يركز على تطوير مجتمعات مدرسية تعد طبيعية وداعمة لجميع التلاميذ من البداية .

بمراجعة العديد من الأبحاث التي ناقشت عدداً من مواضيع الدمج وأثرها على النمو الأكاديمي والاجتماعي للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة ، فقد أظهرت نتائج تلك الدراسات أن التلاميذ المدمجين في الصفوف العادية استفادوا في مجال النمو الأكاديمي والاجتماعي أكثر من التلاميذ الملتحقين في الصفوف الخاصة، وإن أهم المشكلات التي يمكن أن تواجه المعلمين المسئولين عن الصفوف الخاصة في برامج الدمج هي تلك المتعلقة بكيفية إدارة الصف والتعامل مع المشكلات السلوكية التي يمكن أن تصدر عن التلاميذ الملتحقين بهذه الصفوف.

حيث أن أكثر عملية معقدة يمكن أن تواجه المعلمين في فصول الدمج هي تلك التي تتعلق بكيفية مواجهة السلوكيات غير الملائمة وطرق المحافظة على السلوكيات الملائمة والأساليب التي يجب على المعلمين إتباعها في التعامل مع السلوك غير الملائم.

الفهرس

الفصل الأول

الإعاقة العقلية.

مفهوم الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية وبعض المتغيرات

تصنيف الإعاقة العقلية .

خصائص الأطفال المعاقين عقليا "القابلين للتعلم

نسبة انتشار الإعاقة العقلية

أسباب الإعاقة العقلية

الفصل الأول.

[١] – الإعاقة العقلية:

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان في أحسن تقويم ، وفي الوقت نفسه تشاء إرادة الله عز وجل أن يكون بين الأصحاء آخرون حرموا من بعض نعم الله التي فضل بها على عِباده ، فظهرت فئات ذوي الاحتياجات الخاصة من بين فئات جميع المجتمعات ، مهما كانت صغيرة أو كبيرة ، متعلمة أو غير متعلمة ، متقدمة أو نامية . فالطفل ذو الاحتياجات الخاصة هو الطفل الذي يختلف عن غيره من الأطفال في جانب أو أكثر من جوانب شخصيته ، بحيث يبلغ هذا الاختلاف من الدرجة التي تشعر عندها الجماعة التي يعيش معها ذلك الطفل أنه بحاجة إلى خدمات معينة تختلف عن تلك الخدمات التي تقدم إلى الأطفال العاديين ، وهذا الاختلاف قد يكون في أي جانب من جوانب النمو المختلفة (العقلي الجسمي اللغوي الانفعالي الاجتماعي الحركي) وقد يجمع بين عدد من الجوانب في وقت واحد .

وبالنسبة لفئة المعاقين عقلياً ؛ كأحد فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ فقد أدي الاهتمام الواسع بالإعاقة العقلية من قبل مختلف الفئات المهنية والعلمية إلى درجة من الاختلاف في فهم هذه الظاهرة وتحديد طبيعتها ومسبباتها حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لأطرهم المرجعية ، بينما حاول الاجتماعيون تفسيرها وربطها بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية في الأسرة والبيئة المحيطة ، أما علماء علم النفس فقد انطلقوا في تفسيراتهم من خلفياتهم الأكاديمية والمهنية وقدموا العديد من التفسيرات القائمة على النظريات السيكولوجية والتربوية المختلفة.

١-١- مفهوم الإعاقة العقلية:

المستقرئ للمفاهيم المقدمة للإعاقة العقلية ؛ يجد أنها تنوعت وتعددت وفق جوانب دراستها ، فمنها الطبي ومنها التربوي ومنها الاجتماعي ومنها السيكومتري.

إذ يستخدم مصطلح الإعاقة العقلية Mental Retardation كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته ، وإن كان التراث السيكولوجي قد تضمن العديد من المصطلحات التي استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل ،من أمثال الضعف العقلي Mental Deficiency والإعاقة العقلية Mental Handicap ، والمستوى دون العادي Mental Sub Normality ، وانعدام العقل أو قصور نموه Amentia ، وصغر العقل أو قلّته Oligoghrenia ، أم للدلالة على فئة بعينها من فئات الإعاقة العقلية ودرجاته كالمورون Moron ، أو ضعيف العقل-Feeble Mindedness ، والبلهاء Imbecile ، والمعتوهين Idiot ، كما استخدمت مصطلحات أخري من قبيل المتأخرين عقلياً وذوي الاحتياجات الخاصة لدلالة عليهم أيضاً (كمال عبدالحميد زيتون ، ٢٠٠٣، ٢٠٣).

ويقوم الباحث بعرض تلك التعريفات وفق اتجاه تناولها (الطبي والاجتماعي والتربوي والنفسي والجمعية الأمريكية)

التعريفات الطبية

تعددت التعريفات الطبية المقدمة للإعاقة العقلية ، منها :

حالة ناجمة عن عدم اكتمال النمو خاصة في الجهاز العصبي.

(محمود عنان ، ١٩٩٦، ١٢٩)

إصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نضج الدماغ سواء أكانت هذه العوامل قبل الولادة أم أثناءها أم بعدها .

(حمدي شاكر محمود ،١٩٩٨، ١٦٨)

نمو متوقف لبعض خلايا المخ تظهر هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر وتنشا من أسباب وراثية أو إصابات عضوية

(Mangal,2002, 436)

عدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه إما للإصابة بمرض أو اختلال جين أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها

(آمال عبدالسميع باظه ،٢٠٠٥، ٨)

التعريفات الاجتماعية

تعددت التعريفات الاجتماعية المقدمة للإعاقة العقلية ، منها :

قصور دال في الوظيفة العقلية General intellectual function يصاحبه قصور دال في الوظيفة التوافقية ويظهر قبل سن (٢٢) سنة.

(John & James, 1995 ,13)

قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط مصحوباً بقصور في احدي مهارات التكيف (الاتصال والعناية بالذات والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية والتعامل مع المجتمع المحلي وتوجيه الذات والصحة والأمان والمهارات الأكاديمية الوظيفة ووقت الفراغ والعمل) وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامنة عشر

(Kevinl ,1995 ,713)

حالة تطورية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة ، وتتميز بانخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي.

(Managal,2002, 436)

التعريفات التربوية

تعددت التعريفات التربوية المقدمة للإعاقة العقلية ، منها :

أداء عقلي أقل من المتوسط بدرجة دالة يصاحبه قصور في السلوك التكيفي يؤثر على أداء الطفل التعليمي .

(عبدالفتاح صابر عبدالمجيد ،١٩٩٨، ١٦)

قصور معين لدى الطفل في الوظيفة العقلية وفي المهارات المعرفية (التواصل ، الاهتمام بالذات) والمهارات الاجتماعية ، هذا القصور سوف يؤدي بهذا الطفل إلى أن يتعلم بشكل أكثر بطئاً من نظيره.

(NDCC, 2004 , 1)

التعريفات السلوكية (النفسية) :

تعددت التعريفات النفسية المقدمة للإعاقة العقلية ، منها :

حالة من انخفاض الأداء العقلي العام عن المتوسط بشكل ملحوظ يصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر خلال مرحلة النمو.

(Grossman ,1983, 11)

حالة نقص أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئيه تؤثر على الجهاز العصبي للفرد مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتضح آثاره في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين .

(حامد زهران ،١٩٩٠ ، ٤٤٦)

كما اقترحت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMR) American Association on Mental Retardation تعريفا في ديسمبر ١٩٩٠ للإعاقة العقلية يعد أكثر تفصيلا ويحمل جوانب ايجابية بالإضافة إلى تركيزه على وجود العجز والقصور في السلوك التكيفي ويضعها لأول مرة كمحك قبل نسبة الذكاء وينص التعريف على " وجود أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية مصحوب بقصور في المهارات التكيفية في واحد أو أكثر من المجالات الآتية : الاتصال ،العناية بالنفس ، المهارات الاجتماعية ، الأداء الأكاديمي ،المهارات العملية ، قضاء وقت الفراغ ، الإفادة من المجتمع ،التوجيه الذاتي ،العمل ، المعيشة الاستقلالية ، وغالبا ما تكون بعض أوجه القصور التكيفية مصحوبة بمهارات تكيفية أخري قوية أو مجالات أخري للكفاءة الشخصية ، ويتعين أن تكون أوجه القصور في المهارات التكيفية محددة في سياق بيئة اجتماعية كتلك التي يعيش فيها أقران الفرد ممن هم في عمره ، بحيث تكون مؤشرا لاحتياجات الشخص الضرورية للعون ، ويبدأ الإعاقة العقلية قبل الثامنة عشر من العمر غير انه قد لا يظل على امتداد الحياة ومن خلال توافر الخدمات المناسبة على مدي زمني كاف ، يتحسن الأداء الشامل للشخص ذي الإعاقة العقلية بصفة عامة .

(Kaplan & Sadock , 2000 , 2591-2592)

حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو ،ويصاحب هذه الحالة قصور في النضج العقلي والتوافق الاجتماعي والقدرة على التعلم لدى الفرد .

(سعيد حسني العزة ، ٢٠٠١ ، ١٣٢)

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية :

American Association of Mental Retardation

أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A) American Psychiatric Association في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض والاضطرابات العقلية DSM-IV (١٩٩٤) ضرورة استيفاء المحكات التالية كمحكات أساسية لتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية ، وهي :

أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة الذكاء حوالي ٧٠ أو أقل على اختبار ذكاء يطبق فردياً.

عيوب أو قصور في السلوك التكيفي الراهن (أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية في اثنين على الأقل من المجالات التالية :التواصل ، استخدام إمكانات المجتمع ، التوجيه الذاتي ،والمهارات الأكاديمية الوظيفية ،العمل ، الفراغ ، والصحة والسلامة)

يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن ١٨ سنة .

كما تصف الجمعية الأمريكية للطب النفسي أيضا الإعاقة العقلية بناء على درجة شدته إلى إعاقة عقلية بسيط ومتوسط وشديد وشديد جدا وهو ما سيتم توضيحه فيما بعد.

(American Psychiatric Association ,1994,40- 60)

من العرض السابق يتضح أن :

هناك تعريفات متعددة لتحديد مفهوم الإعاقة العقلية ، نظرا لجهود العلماء كلٌ في تخصصه ، حيث يلاحظ تركيز علماء الطب في تحديد مفهوم الإعاقة العقلية على دور الوراثة أو الإصابة العضوية أو الأمراض التي تؤثر سلبا على انخفاض نسبة الذكاء بهدف تحديد الأساليب العلاجية والوقائية المناسبة لهؤلاء الأطفال من منظور طبي ، كما نظر علماء الاجتماع إليها من منظور نقص الكفاءة الاجتماعية

Social Competence كمحك أساسي للتعرف عليهم ، أما علماء النفس والتربية فقد ركزوا في تعريفهم على أساس القصور الواضح في نسبة الذكاء الذي ينجم عنه انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء الأكاديمي خاصة في السنوات الدراسية الأولي ،وبالنسبة لتعريفة الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMR) نجد أنه يركز على ثلاث محكات رئيسية هي : النضج Maturity والقدرة على التعلم Learnable والتوافق الاجتماعي Social adjustment وهذا جدير بتحديد مفهوم الإعاقة العقلية إلا أن هذا التعريف واجه نقدا في زاوية واحدة ألا وهي المستوى العقلي الوظيفي الأقل من المتوسط الذي حدده ، لأنه بذلك يدمج فئات مختلفة مثل (بطئ التعلم) ،والتي لا تنتمي بأي حال من الأحوال إلى فئات الإعاقة العقلية.

درجة ذكاء الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم تتراوح ما بين (٥٠-٧٠)

هناك عجز في السلوك التوافقي للمعاق عقلياً القابل للتعلم .

هناك اختلاف نمائي بين المعاق عقلياً وقرنائه في نفس المرحلة العمرية.

كما أن معظم تعريفات الإعاقة العقلية التي تم استعراضها أشارت إلى أنها حالة توقف أو ضعف أو تأخر في النمو العقلي أو نمو الذكاء كما أن بعض التعريفات الاخري وهي قليلة إلى حد ما أشارت إلى أن القصور في النمو العقلي يصاحبه قصور في قدرة الفرد على التوافق والتكيف الاجتماعي .

أن هذه التعريفات تنقصها الجوانب الإجرائية ، كما ينقصها الشمول بالإضافة إلى صعوبة الاعتماد عليها في تشخيص الإعاقة العقلية بسبب عدم صلاحيتها للقياس . هذا – بينما نجد أن التعريفات الشاملة وأهمها التعريف الحديث للرابطة الأمريكية للإعاقة العقلية ، قد أشار إلى الأداء الوظيفي العقلي العام دون المتوسط والقصور في السلوك التكيفي أثناء الفترة النمائية فهذه المعايير الثلاثة يجب أن تلتقي قبل أن يعتبر الشخص معاقا عقلياً مما أدي الباحث إلى أن تأخذ بهذا النوع من التعريفات عند تحديد عينة الأطفال المعاقين عقلياً حيث افترضت العينة على الأطفال الذين تتراوح نسب ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) وحدة وسجلوا درجات منخفضة على مقياس السلوك التكيفي .

١-٢- الإعاقة العقلية وبعض المتغيرات :

١-٢-١- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي :

هناك من يخلط بين الإعاقة العقلية (Mental Retardation) والمرض العقلي أو (الجنون) (Mental Illness) وقد يعتبرونه شيئاً واحد ، فينظر إلى الإعاقة العقلية على أنه مرض عقلي ولكن الواقع غير ذلك ، وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها الإعاقة العقلية مع المرض العقلي في شخص واحد . حيث أن الإعاقة العقلية حالة وليس مرض ، فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما الإعاقة العقلية فهو عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء

بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء والشخص العادي فرقا في درجة الذكاء وليس فرقاً في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج ، ولذا فليس هناك علاقة بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالإعاقة العقلية ، فالشخص المريض عقلياً يكون عادى الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط.

(عثمان لبيب فرج ، ٢٠٠٢ ، ٣١)

كذلك يحدث المرض العقلي في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ، بينما حالة الإعاقة العقلية تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة ، كذلك تعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للإعاقة العقلية ، وفيما يخص العلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدى إلى الشفاء ، بينما في حالة الإعاقة العقلية لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة مع المعاقين عقلياً درجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وأعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعياً وتربوياً .

(عبد المطلب أمين القريطي ، ١٩٩٦ ، ٨٨- ٨٩)

١-٢-٢- الفرق بين المعاقين عقلياً وبطيىء التعلم :

هناك تباين في وجهات النظر بين المعاقين عقلياً وبطيئ التعلم ، فيري البعض بأن المعاقين عقلياً وبطيئ التعلم هم أفراد ينتمون لفئة الإعاقة العقلية ، وأن كل منهما يمثل مستوى من مستويات هذا النوع من الإعاقة ، بل أن البعض يرى أنها مستوى واحد من مستويات الإعاقة العقلية . (عبدالمطلب أمين القريطي ،٢٠٠٥ ، ٤٧)

على الرغم من اختلاف الأفراد المعاقين عقلياً عن الأفراد بطيئ التعلم .

ومن منطلق أن الأطفال بطيئ التعلم يندرجون تحت مظلة الأطفال ذوى الإعاقة النوعية في التعلم فمن الممكن تعريفهم على أنهم أولئك هم الأطفال الذين يعانون من خلل في بعض العمليات النفسية الأساسية المتصلة بالفهم أو استعمال اللغة ، ويظهر ذلك في شكل نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو القيام بالعمليات الرياضية " . ومن هنا نجد أن هذا المصطلح لا يشمل الأطفال الذين يعانون من مشاكل التعليم التي هي ناجمة عن إعاقة عقلية .

(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥ ، ٤٥)

فالطفل بطئ التعلم Slow Learner يبدو سوياً في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتنحصر معاناته في الصعوبة البالغة في التعلم واستيعاب مواد الدرس التي تطرح في المناهج الدراسية من حساب وقراءة وكتابة وهجاء وعلوم أساسية أخرى . وقدرته ضعيفة على الفهم والحفظ والتذكر ، ولا يوجد مستوى محدد للقدرة بحيث يمكننا أن نعتبر الطفل الذي لا يصل إلى هذا المستوى "بطئ تعلم " ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من ٩١ درجة وأكثر من ٧٤ درجة يكون ضمن هذه المجموعة . (محمد مقداد ، ٢٠٠٨، ١٥٥)

١-٣- تصنيف الإعاقة العقلية:

تعددت التصنيفات المقدمة للمعاقين عقلياً بناءً على تلك التعريفات السابق عرضها ؛ وذلك وفق اتجاه دراسته ، فمنها:

١-٣-١- التصنيف النفسي:

يعتمد هذا التصنيف على نسبة الذكاء ؛ حيث أشارت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (١٩٩٢) إلى أن تحديد نسب الذكاء للفئات الأربع يمكن أن يختلف حسب مقياس الذكاء المستخدم، وقد أوردت الفروق الفردية بين هذه الفئات على مقياس ستانفورد بينه للذكاء ومقياس وكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين كما يوضح الجدول الأتي :

جدول (١)

فئات الإعاقة العقلية ونسب الذكاء المقابلة لها على مقياسي ستانفورد بينيه ووكسلر بلفيو حسب التصنيف الأمريكي

فئات الإعاقة العقلية	درجة التخلف	الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد بينيه	وكسلر بلفيو
بسيط	١	-١,٢ إلى -٣	٥٢ – ٦٧	٥٥ – ٦٩
متوسط	٢	-١ ,٣ إلى -٤	٣٦ – ٥١	٤٠ – ٥٤
شديد	٣	-١ ,٤ إلى ٥٠	٢٠ – ٣٥	٢٥ – ٣٩
عميق	٤	-١ ,٥ فأقل	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه قد يختلط على بعض الدارسين مصطلحات لا علاقة لها بالإعاقة العقلية مثل مصطلح بطئ التعلم، وصعوبات التعلم، والمرض العقلي، فنجد أن حالات بطئ التعلم هي تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها بين (٨٥ – ٧٠) درجة على منحني التوزيع الطبيعي، أما حالات صعوبات التعلم Learning Disabilities فتمثل تلك الفئة من الأطفال التي لا تعانى نقص في قدرتها العقلية حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين(٨٥ – ١٤٥) درجة على منحني التوزيع الإعتدالي.

(حسام هيبة ١٩٩٨، ٣٥ – ٣٦)

١-٣-٢- التصنيف التربوي :

وفي إطار محاولة المختصين في مجال التربية الخاصة إلى محاولة وضع تصنيف خاص بهم وقد اتخذوا مدى الإعاقة العقلية أساساً لتقسيم حالات الإعاقة العقلية، وقد كانت تقسيماتهم على النحو الأتي :-

جدول (٢)

التصنيف التربوي لذوى الاحتياجات العقلية

م	الفئة	نسبة الذكاء
١	بطئ التعلم Slow Learner	٧٥ - ٩٠
٢	القابلون للتعلم Educable Mentally Retarded	٥٠ - ٧٠
٣	القابلون للتدريب Trainable . Mentally. Retarded (T M R)	٣٠ - ٥٠
٤	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادي) The Totally Dependent Child (Un-trainable)	٣٠ - فما دون

(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥ ، ١٨)

ومن الواضح أن هذه الفئات الأربع تحتاج إلى خدمات تربوية تختلف من فئة لآخري بسبب اختلاف مستوى الذكاء فيما بينهم.

١-٣-٣- التصنيف الاجتماعي :

يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي لما له من أهمية من حيث اعتماده على عوامل التعلم، النضج، التكيف الاجتماعي وقد صنفت حالات الإعاقة العقلية بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً والذي يتمثل في الآتي:-

١- القصور العقلي البسيط " الخفيف : Mild Mental Retardation

تمثل هذه الفئة حوالي(٨٥ %) من المعاقين عقلياً.

(جمال الخطيب، مني الحديدي ١٩٩٤، ٦٦ - ٦٨)

وتتمثل خصائص هؤلاء الأطفال في:

يصل معظمهم إلى الاستقلالية في الرعاية الذاتية، تناول الطعام والنظافة وارتداء الملابس والإخراج.

يصلون إلى معدل معتدل في المهارات المنزلية والعملية ٠

لديهم مشكلات في عدم القدرة على الاستفادة من وقت الفراغ ٠

يحتاجون إلى توجيه وإرشاد من الآخرين ومساعدة الآخرين في علاج مشكلاتهم اليومية والضغوط الاجتماعية غير المألوفة ٠

يمكن تدريبهم على الأعمال والمهارات اليدوية ٠

نموهم العقلي يتوقف عند النمو الفعلي لديهم عند مستوى طفل عادي في سن(٦ – ١١)

يعانون من ضعف القدرة على التكيف الاجتماعي، ونقص الميول والاهتمامات والمهارات الاجتماعية مما يجعلهم عاجزين عن المشاركة الفعالة في المجتمع مع زملائهم في أعمارهم الزمنية٠

(رمضان محمد القذافي ، ١٩٩٧، ٨٥ – ٨٦)

إضافة على ما سبق ؛ فقد يتصفون بـ:

أن لديهم نشاط زائد، واندفاعية، وتشتت في الانتباه، وعدم قدرة على الثبات في مكان واحد، وتزايد مشكلاتهم الأكاديمية، ونقص مهارات التحصيل والمعرفة لديهم

يعانون من مشكلات خاصة بالمهارات اللغوية والسلوك اللفظي مثل، التلعثم، والاضطرابات الكلامية ٠

يسيطر عليهم قلق واضح نتيجة لخبرات ومواقف والفشل المستمر مما يؤدي إلى نوع من الشعور بعدم الكفاءة لديهم، بالإضافة إلى ضعف القدرة على التعبير عن حاجاتهم، وعلى الاتصال بالآخرين مما يجعلهم عرضة للشعور بالإحباط.

(Hallanhan & Kouffman 1994 ,115)

٢- القصور العقلي المعتدل Trainable Mental Moderate (TMR) :

تمثل هذه الفئة ما يقرب من (١٠ %) من المعاقين عقلياً، ونموهم العقلي لا يصل إلى المستوى الذي يمكنهم من حسن التصرف ومن تحمل المسئولية كاملة تجاه أنفسهم مما يجعلهم دائماً في حاجة إلى رعاية الآخرين ٠

(فاروق الروسان ، ١٩٩٩ ، ٦٢)

ويتميز هؤلاء الأطفال بـ:

أن تقدمهم في التعليم المدرسي محدود ويتعلمون مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب ٠

يمكنهم التدريب على بعض الأعمال اليدوية الخفيفة التي لا تتطلب مهارة وذلك تحت الإشراف في ورش محمية ٠

يمكن باستخدام بعض البرامج الخاصة أن يصبحوا قادرين على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تساعدهم على التكيف الشخصي والاجتماعي في المنزل ومع الأقران والمجتمع ٠

لديهم قصور في المهارات الحركية ٠

يعانون من قصور في المهارات السمعية والاستجابة المتوقعة للمثيرات السمعية

لديهم قصور في المهارات البصرية والاستجابة للمثيرات البصرية ٠

تزداد نسبة عيوب النطق والكلام لديهم ، كالتهتهة والثأثأة، القلب والحذف والإبدال.

(عادل عزالدين الأشول ، ١٩٩٣ ،٧٣-٧٧)

إضافة إلى ما سبق ؛ يتصفون كذلك بـ:

زيادة الاندفاع ونقص السيطرة على النفس ٠

بطء الاستجابة وتأخر رد الفعل

البطء والتأخر في الكلام أو اللغة أو المهارات الحركية ٠

يقل مستوى التجريد في كلامهم ولغتهم، وتقل كمية المنطوقات الصوتية بصورة واضحة عندهم.

صعوبة الاتصال بالآخرين وبالإضافة لتعرضهم لمواقف أكثر من الإحباط٠

تزايد الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية التي يعانون منها كالعدوان والنشاط الزائد، والسلوك العدواني لديهم يعد أكثر المشكلات انتشاراً ٠

عدم القدرة على رعاية أنفسهم بشكل مقبول، وعدم القدرة على التحكم أو الضبط للانفعالات والتي يعبر عنها بصورة طفليه حادة ٠

(Heward & Orlansky , 1994 , 88-92)

٣- القصور العقلي الشديد : Sub Normality Mental Sever

وتصل نسبتهم ما بين (٣ـ٤%) من نسبة المعاقين عقلياً

(سامية محمد فهمي ، ٢٠٠٠،٨٤)

ويتميز هؤلاء الأطفال بـ:

تأخر في النمو اللغوي، وعيوب في النطق والكلام، وعدم القدرة على التعبير بجمل كاملة أو مفيدة ٠

قصور واضح في النواحي النمائية مصحوباً بإعاقات جسمية واضطرابات في المهارات الحركية ٠

الضعف العقلي لديهم يرجع إلى عوامل عضوية مصحوبة في كثير من الأحيان بتشوهات خلقية أو تلف في الحواس ٠

صعوبة وقصور شديد في إدراك الزمان والمكان وضعف التعامل اجتماعياً مع المحيطين بهم ٠

تلف واضح إكلينيكيا في نمو الجهاز العصبي المركزي ٠

قصور شديد وعجز واضح في الاستقلال الذاتي وحماية النفس من الأخطار٠

(حسام هيبه ، ١٩٩٨، ٦٦)

١-٣-٤- التصنيف الطبى الكلينيكى :

يقوم التصنيف الطبى الإكلينيكى على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية ، وفقا لأسبابها وخصائصها الكلينيكية المميزة ، وفيما يلى عرض لهذا التصنيف:

- الحالة الأولى : المنغولية Mongolism أو مرض داون Down’s: حيث أن نسبة الأطفال المنغوليين تصل إلى حوالي (١٠%) من حالات الإعاقة العقلية، وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة مع النوع المنغولي، وتتمثل في العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وقصر القامة، وقد سميت هذه الحالات باسم دوان وذلك نسبة إلى الطبيب الإنجليزي لانج دوان Lang Down ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم، وأيضاً نموهم الذهني والاجتماعي يعتمد بدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك ، وعادة ما تكون وظائفهم أكثر توازناً من وظائف الأطفال المصابين في المخ ومتلازمة داون لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من (١٩ %) يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة. (فاروق محمد صادق ، ١٩٩٨، ٨٧ – ٨٨) .

- الحالة الثانية : حالات اضطراب التمثيل الغذائى Phenylketonuria: تحدث أثناء عمليتى الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدى إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ فى بعض أنواع الغذاء مثل الاضطرابات فى تمثيل البروتين والاضطرابات فى تمثيل الكربوهيدرات والاضطرابات فى تمثيل الدهون (عبدالمطلب أمين القريطى ، ٢٠٠١، ٩٩).

- الحالة الثالثة : القزامة أو القصاع Cretinism: حيث تمثل حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الطفل والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية ، ومن المظاهر المميزة لهذه الحالات قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد في نهاية سن البلوغ والمراهقة إلى أكثر من(٨٠)سم ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد وقصر الأطراف والأصابع ، ونجد الخصائص العقلية لـهذه الحالات تتمثل فـي تداني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقاييس الذكاء التقليدية وتتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (٢٥- ٥٠) وتواجه مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة ومهارات الحياة اليومية (إسماعيل عبد الفتاح الكافي ، ٢٠٠١ ، ٥٤).

- الحالة الرابعة : صغر حجم الدماغ أو الجمجمة Microcephaly: وهي من الحالات الإكلينيكية المعروفة في الإعاقة العقلية مع أن نسبة حدوثها قليلة جداً، وتبدو مظاهرها في الرأس وتأخذ شكل المثلث المعكوس أو حبة الكمثري المعكوسة، كما أن لديهم صعوبات في المهارات الحركية والحسية والإدراكية وعيوب النطق والكلام مقارنة مع نظرائهم العاديين (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥، ٤٥).

- الحالة الخامسة: كبر حجم الدماغ أو الجمجمة Macrocephaly: حيث تبدو مظاهر هذه الحالات في كبر حجم محيط الجمجمة، والتي تبلغ محيطها لدي الأطفال العاديين عند الولادة (٣٣ سم + ٥) سم وغالباً ما يكون شكل الرأس كبير ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول وصعوبات المهارات الحركية مقارنة مع نظرائهم العاديين ، أما الخصائص العقلية لهذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة الذهنية الشديدة والشديدة جداً وخاصة إذا ما صاحبها إعاقات أخرى، وترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل بعضها معروف كتناول العقاقير والأدوية والإشعاعات وتسمم الحمل وأسباب بعضها غير معروف (كمال مرسى ، ١٩٩٦، ٦٤-٦٥).

- الحالة السادسة: استسقاء الدماغ أو الجمجمة Hydrocephaly: حيث يتميز الأطفال المعاقين عقليا والذين يتصفون بالاستسقاء الدماغى بكبر حجم الجمجمة ، ويظهر ذلك عند الطفل فى الأسابيع الأولى من ولادته ، ويرجع السبب فى ذلك إلى وجود السائل المخى الشوكى فى الجمجمة ، وهذا السائل بدوره يؤدى إلى تلف خلايا الدماغ وتكون درجة تخلفه راجعة إلى مدى ما تأثرت به خلايا الدماغ (آمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٣ ، ٢٠)

وهذا التقسيم حسب الشكل ومظاهر الجسم وتمثل حالة متلازمة داون أكثر فئات الإعاقة انتشارا ، وهى تشخص عند الولادة وتنتشر بين ولادات الأمهات الأكبر في السن (فاروق محمد صادق ، ١٩٨٢ ، ٧٦)

١-٣-٥- التصنيف بحسب نسبة الذكاء:

صنفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة العقلية في ثلاث مستويات ، وهي:

جدول (٣)

تصنيف منظمة الصحة العالمية

الفئة		نسبة الذكاء
التخلف العقلي البسيط	Mild sub normality	٧٥-٥٠
التخلف العقلي المتوسط	Moderate sub normality	٥٠-٢٠
التخلف العقلي الشديد	Sever Sub normality	٢٠-٠

(ماجدة السيد عبيد ، ٢٠٠١ ، ١١٣)

ومجمل القول أن هذه التصنيفات رغم تعددها والتشابه الذى قد يلاحظ بين عدد منها إلا أنه يجب ألا نهمل أيا منها. ويتوقف اختيارنا وتفضيلنا لأي تصنيف منها على الغرض الذى يستخدم من أجله التصنيف.

ومما سبق فقد راعي الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ؛ وتلتزم بالتصنيف النفسي (السيكومتري) في اختيار عينة البحث ؛ حيث أنه المتبع في مدارس التربية الفكرية وفق اختبار ستانفورد بينية للذكاء.

١-٤- خصائص الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" :

من الصعب الوصول إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" ، ويرجع ذلك إلى الفروق الفردية الشاسعة بينهم سواء من حيث مستوى الإعاقة العقلية أم الظروف البيئية أم التأثيرات الثقافية. وإذا نظرنا إلى فئة المعاقين عقلياً نجد أنها تضم أطفالاً متباينين تبايناً كبيراً في طبيعة إعاقتهم واحتياجاتهم ومشاكلهم ، ولكنهم يشتركون في بعض الخصائص التى تميزهم عن أقرانهم من فئات الإعاقة العقلية الأخرى (قابلين للتدريب اعتماديين).

(أحمد أحمد عواد ، مجدى محمد الشحات ، ٢٠٠٤ ،١٠٢)

لذلك سوف يقتصر الباحث على وصف خصائص عينة الدراسة وهم الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" في الآتي:

١-٤-١- الخصائص الجسمية أو النفس حركية:

يتميز الطفل المعاق عقلياً "القابلين للتعلم" بقصور في الإحساس اللمسى وأقل إحساساً بالألم من العاديين ، كذلك لديه قصور في حاستي السمع والبصر ، ومعظم حالات طول النظر وعمى الألوان تكثر بينهم ، ولكن ربما تختلف نسب تواجدها من مجتمع لأخر.

(محمد حماد هندى ، ٢٠٠٢، ١٠٢)

وعلاوة على ذلك فهم لديهم الكثير من الاضطرابات السمعية والبصرية أكثر من العاديين ، حيث وصلت نسبة القصور السمعي لديهم ما بين (١٣-٤٩%) من المعاقين عقلياً ، ووجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى (٤٠%) وتتراوح بين قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

(إيمان فؤاد الكاشف ، ٢٠٠٢ ، ٤٩-٥٣)

كذلك يتصفون بالبطء في النمو الجسمي بأشكاله المتعددة ، ومظاهره المختلفة في نواحي متعددة، كتشوهات في شكل وحجم الجمجمة والأذنين والأسنان واللسان والفم والعينين والأطراف ، وضعف النمو الحركي وثبات ونمطية الحركات وتكرارها ، وعدم القدرة على التحكم فيها بصورة جيدة ومنتظمة ، حيث نجد الطفل المعاق عقلياً لا يبدأ المشي قبل سن ثلاث سنوات ، ولا يستطيع الكلام أو التحكم في الإخراج قبل سن الرابعة ، وتزداد نسبة عيوب الكلام لدية بصورة ملحوظة ،أما الحواس فتكاد تكون حاستا الشم والتذوق لديه معدومة كما انه يشبه العاديين إلى حد ما في الطول والوزن والحركة والصحة العامة ويكتمل نمو العضلات والعظام لديه في سن الثامنة عشر ، ويكتمل بلوغه الجسمي والجنسي مثل أقرانه العاديين ،إلا في الحالات التي يرجع فيها الضعف العقلي إلى إصابات الجهاز العصبي المركزي وما يصاحبه من إضطرابات في المهارات الحركية .

(سامية محمد فهمي ، ٢٠٠٠، ٧٢-٧٤)

١-٤-٢- الخصائص العقلية والمعرفية:

من الخصائص التي تميز المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في النواحي المعرفية والعقلية ما يأتي :

- بطء في النمو العقلي : فمن السمات البارزة في النمو العقلي لدى هذه الفئة بأن الطفل المعاق عقلياً ينمو عقلياً ثمانية شهور أو أقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة، فإذا كان النمو العقلي يزداد سنه بعد أخري مع النمو الزمني حتى يبلغ سن(١٣) سنه، ويكتمل عند الشخص العادي بين سن (١٦ - ١٨) سنه تقريبا، فإن النمو العقلي عند الطفل المعاق عقلياً يزداد سنه بعد أخري بمعدل أقل من معدله عند العاديين في مثل سنه، ويتوقف عن النمو في مستوى أقل بكثير من مستواه عندهم في عمر"١٨" سنه، ونجد أن المعاق عقلياً أقصي عمر يصل إليه عقلياً عندما يبلغ سن الثامنة عشر ،هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر أو أقل من ذلك ، ويشير أيضا إلى أن هضبة النمو العقلي عند العاديين تظهر في مستوى سن بين(١٦- ١٨) سنه بينما تظهر عند حالات الإعاقة العقلية الخفيفة في مستوى سن من (١٠ - ١١) سنه وعند حالات الإعاقة العقلية المتوسطة في مستوى سن(٧ - ٨) سنوات تقريبا .

(على عبدالنبي ، ٢٠٠٨ ، ٥٢ ـ ٥٤)

- قصور عمليات الإدراك : فمن الخصائص الإدراكية لدى المعاقين عقلياً وخاصة القابلين التعليم ، بأن لديهم عجزا واضحا في حاله وجود أكثر من مثير وتعدد المثيرات ، أو تداخل المثيرات ، ويظهر الخلل لديهم فيما يسمي تأثير ما بعد إدراك الأشكال البصرية Visual Figural After Effect وفي إدراك الأشكال المنعكسة Reversal وفي الاعتماد على العلاقات البعيدة Disclose وأيضا في ضعف أستخدم العلاقات القريبة في المواقف المختلفة٠

(Kroeger et al , 2003,158)

-ضعف الانتباه : حيث نجد أن الإنتباه لدى المراهق المعاق عقلياً مثل إنتباه الطفل الصغير ، وتمر به أشياء كثيرة لا ينتبه إليها من نفسه لأن مثيرات انتباهه الداخلية لدية ضعيفة فسرعان ما يتشتت انتباهه ، وينتقل من النشاط الذي يقوم به إلى نشاط جديد ، فلا ينتبه إلا لشئ واحد ولمدة قصيرة ، ولذلك لابد من وجود ما يثير انتباهه من الخارج ، أو إلى ما ينبهه إلى ما يدور حوله ويشده إلى الموضوع الأساسي ، فلا ينشغل بمثيرات أخري ليس لها علاقة بالمثير الأصلي، حيث يحتاج وقتا أطول في تعلم الأشياء ، وصعوبة في تعلم واكتساب معلومات وخبرات جديدة ، وذلك يرجع إلى التأثير التي أحدثته بعض المثيرات التي لا علاقة لها بتلك المعلومة أو الخبرة .

(أمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٣، ٧٥)

- قصور الذاكرة : فضعف الذاكرة كإحدى السمات البارزة لدى المعاقين عقلياً حيث أنها ذاكرة لا تحتفظ بالمعلومات والخبرات سوي مدة بسيطة جداً ، ولا تحتفظ سوي بالمعلومات التي تشبع رغباتهم وميولهم ولها تأثير قوي وفعال عليهم، ويعانون من صعوبات واضحة في استرجاع ما تعلمون وما مر به من خبرات، ولذلك فهم في حاجة دائما إلى إعادة تذكر لها، وهم على خلاف العاديين الذين يتعلمون ويحتفظون بالمعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية أسرع من المعاقين ، وعلي العكس فإن المعاقين عقلياً يتعلمون ببط وينسون ما تعلمون بسرعة لأنهم يحتفظون بالمعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد طويل، ولديهم قصور في الذاكرة قريبة المدى وبعيدة المدى .

(زيدان السرطاوي، كمال سيسالم ، ١٩٨٧، ٦٥ – ٦٦)

- القصور في التعبير اللغوي والكلام : يفتقر الطفل المعاق عقلياً إلى القدرة على استخدام الألفاظ في التعبير الشفهي وعن حاجاته ، ويفشل في الاتصال اللفظي بالآخرين ، وهذا يتطلب البعد عن استخدام المجردات في تعليمه وتدريبه والتركيز في تعليمه على الأشياء المادية الملموسة وأن يشير إلى الشيء واستخداماته وما يدل عليه من مسميات وأن تقلل من استخدام التعليمات اللفظية المجردة .

(إيمان فؤاد الكاشف ، ١٩٩٥، ٥٥)

- محدودية التفكير أو قصور التفكير : فمن السمات البارزة والخصائص المميزة للمعاق عقلياً أن تفكيره ينمو ببطء وبمعدلات قليلة ، ويرتبط تفكيره بالمحسوسات ويكون بعيداً عن المجردات والمفاهيم وإدراك الغيبيات ، وأيضاً يأخذ تفكيره شكل السطحية والسذاجة في كثير من المواقف والخبرات التى يتعرض لها ولا يستطيع إيجاد حلول مناسبة لهذه المشكلات التى تعترضه ، وأحياناً يهرب منها أو يتجاهلها ويكون تفكيره محدوداً ومقصوراً على ما يحيط به من أمور قليلة جداً وأحياناً يتسم هذا التفكير بالسلبية والبطء الشديد

(Smith, ,1993,123)

١-٤-٣- الخصائص الانفعالية الاجتماعية:

تنتج الخصائص الانفعالية الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من عدة عوامل أبرزها نقص الذكاء وقصور القدرات والعمليات العقلية ، وما يترتب عليه من قصور في القدرة على التفاعل بين المعاق عقلياً وبيئته وعدم قدرته على القيام بالمهام التى تسند إليه بالمستوى المطلوب أي أنها تنتج عن علة الإعاقة العقلية مضافا إليها ظروف معيشة المعاق عقلياً في المجتمع.

(حسام إسماعيل هيبه ، ١٩٩٨ ، ٦)

فالطفل المعاق عقلياً في النواحي الاجتماعية عندما يكون في الرابعة أو الخامسة من عمره الزمني مثل طفل الثانية أو الثالثة ، وفي بعض الأوقات يعتمد على الأكبر سناً ، وفي لحظة يرفض منهم أى مساعدة وأهم كلمه في قاموسه هي كلمة "لا".

(اليانور لينش وبينى سيميز ، ١٩٩٩ ، ٥٧)

لذلك ، فإن الخصائص الاجتماعية التى يتميز بها المعاق عقلياً القابل للتعلم إنما هى مظاهر ثانوية تنشأ من المناخ البيئى الذى يحيط بالطفل ، وتعرضه للفشل عندما يقارنه والده بأخوته العاديين.

ويضيف عبدالمطلب القريطى (٢٠٠٥) على الخصائص الانفعالية الاجتماعية للمعاقين عقلياً أنهم:

قد يغلب على سلوكهم التبلد الانفعالى واللامبالاة وعدم الإكتراث بما يدور حولهم ، أو الاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات.

يؤثرون الانعزال والانسحاب في المواقف الاجتماعية.

عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع.

سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء.

الرتابة وسلوك المداومة Perseveration النزعة إلى التشبث بفكره أو نشاط.

التردد وبطء الاستجابة

(عبدالمطلب أمين القريطى ، ٢٠٠٥ ، ٨٩-٩٠)

وبالتالي ، لا يمكن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية ، والعقلية ، والمعرفية ، واللغوية ، والانفعالية حيث أن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية وبين تلك الخصائص فرادى وجماعات ، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الاجتماعي إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص . ومما لاشك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالإعاقة العقلية تمثل في أساسها مشكلة اجتماعية حيث تؤدى القدرة العقلية المحدودة للطفل المعاق عقلياً إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي ، وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية ، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المعاقين عقلياً ما يلى:

قصور في الكفاءة الاجتماعية.

عجز عن التكيف مع تلك البيئة التى يعيشون فيها.

صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

قصور في القدرة على التواصل.

تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظى أم غير اللفظى.

عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين.

قصور في المهارات الاجتماعية.

صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين.

صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.

لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم.

الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سنا في أى ممارسات اجتماعية.

صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التى تكون قد تكونت لأى سبب.

عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية.

قصور في مهارات العناية بالذات.

قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية

(سعيد حسنى العزة ، ٢٠٠١ ، ٨٩-٩٠)

١-٤-٤- الخصائص التربوية:

يتسم الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم" بضعف القدرة على استخدام العلامات أو الإشارات في المواقف التعليمية ، كما أنه لا ينتبه إلى المواقف والمثيرات التى تعرض أمامه من تلقاء نفسه ، فهو يفتقد القدرة على الملاحظة التلقائية ، ولا يمكنه اكتساب أى مهارة دون تدريب. لذا فهو يحتاج إلى ما يجذب أنتباهه باستمرار أثناء عملية التعليم أو التدريب على أى مهارة أو نشاط ، كما أنه يحتاج إلى تكرار وتنويع الأنشطة التعليمية وتعدد أماكن التعليم خاصة وأنه لا يستوعب الموقف التعليمى إلا بعد التكرار عدة مرات ويصعب عليه استخدام ما تعلمه في المواقف السابقة في تعلم لاحق ، أى تنقصه القدرة على استخدام الخبرة.

(علا عبدالباقى ، ١٩٩٣ ، ٧٠-٧١)

ومن خلال عرض ما سبق من خصائص وسمات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يتضح أنه:

من الصعب تعميم الصفات والخصائص المميزة للمعاقين عقلياً لوجود فروق فردية بينهم في درجة الإعاقة وأيضا في داخل المستوى الواحد من الإعاقة.

ارتباط جميع جوانب النمو لدى الطفل المعاق عقلياً ، حيث تؤثر بعضها في بعض ، فمثلا يؤثر النمو العقلي على مستوى النمو اللغوي ، وكذلك النمو الاجتماعي ، وذلك ل أن جوانب النمو ترتبط بعضها البعض ، وكلها تشكل في مجملها الشخصية الإنسانية التى تعتبر وحدة متكاملة.

١-٥- نسبة انتشار الإعاقة العقلية :

تباينت نسبة انتشار الإعاقة العقلية من مجتمع لآخر ، وكذلك داخل المجتمع ذاته ، وهذا يتوقف على محك التشخيص المتبع في تحديد النسبة بالإضافة إلى أن الأعداد المدونة بمدارس التربية الفكرية والمؤسسات الخاصة لا تعد شاملة لأعداد المجتمع ؛ إذ أن هناك العديد من الحالات التي لم يتم الإخبار عنها نظراً لقلق الأهالي حول الإخبار بأن لديهم طفل معاق عقلياً وما يسببه ذلك من إحباطات ووصمهم بالعار.

فتصل نسبة الأطفال المنغوليين إلى حوالي (١٠%) من حالات الإعاقة العقلية وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة مع النوع المنغولي وتتمثل العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف الضيقة ذات الاتجاه العرضي وقصر القامة وقد سميت هذه الحالات باسم داون نسبة إلى الطبيب الانجليزي (Lang Down) ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم وأيضا نموهم الذهني والاجتماعي ؛ فيعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك وعادة ما نكون وظائفهم أكثر توازنا من وظائف الأطفال المصابين في المخ ومتلازمة داون لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية ، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من (١٩%) يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة .

(فاروق محمد صادق ،١٩٩٨، ٨٧- ٨٨)

فحجم المشكلة إذا علمنا أن نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع تصل إلى ٣% من عدد السكان ، وأن هذه النسبة ليست ثابتة في كل المجتمعات بل تزداد بانخفاض المستوى الاقتصادي والثقافي في المجتمع حيث تصل إلى ٧% في المناطق الفقيرة المكتظة بالسكان .

(ماجدة السيد عبيد ،٢٠٠٠ ، ٢٧)

وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات والبحوث المتعددة التي أجريت لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية ، قد اختلفت نتائج هذه الدراسات من مجتمع لآخر ، وكما اختلفت في المجتمع الواحد ، ويعود سبب اختلاف هذه النسب إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تعريف الإعاقة العقلية وكذلك اختلاف العينات التي أجريت عليها ، ولعل منحي التوزيع الطبيعي هو أفضل مقياس يشير إلى نسبه انتشار الإعاقة العقلية والذي يقدر (٣%) .

(سعيد حسني العزة ، ٢٠٠١، ٢٩)

ونستطيع القول بأن نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين أبناء الطبقة الاجتماعية العليا قليل بسبب العوامل الثقافية المرتفعة في تلك الأسر وأن ازدياد نسبة الإعاقة بين أبناء الطبقة المتوسطة والمتدنية اجتماعيا سيكون عائدا بسبب انتشار المرضي بين هاتين الفئتين وسوء التغذية ونقص في العناية والرعاية الاجتماعية بالطفل والأم التي تحمله ، ولما تتعرض له من سوء تغذية وقلة رعاية أثناء الحمل وبعده .

١-٦- أسباب الإعاقة العقلية:

تعددت العوامل أو الأسباب المسببة للإعاقة العقلية ؛ منها:

١-٦-١- عوامل وراثية :

تمثل حوالي (٨٠%) من حالات الإعاقة العقلية ، فهي تؤثر على الطفل قبل ميلاده ، وتتضمن أنواعاً متعددة ، ومنها ما هو وراثي ويورث عن طريق الجينات ، وما تحمله الجينات من صفات وراثية ، وهناك حالات آخري لا يورث فيها الإعاقة العقلية إنما تحدث في الجينات أثناء تكوين الأجنة .

(علي عبدالنبي محمد ، ٢٠٠٨ ، ٣٦)

ويمكن تقسيم العوامل الوراثية إلى محورين أساسيين ؛ هما:

عوامل وراثية مباشرة : وتحدث هذه الإصابة عن طريق الجينات التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية وفقاً لقوانين الوراثة سواء عن طريق الجينات السائدة أو المتنحية.

(عبدالفتاح صابر عبدالحميد ، ١٩٩٨ ، ٢١)

عوامل وراثية غير مباشرة: فقد تسبب الوراثة ضعفاً عقلياً بطريق مباشر أو غير مباشر ، فبدلاً من أن تحمل الجينات ذكاءً محدداً تحمل عيوباً تكوينية أو قصوراً أو اضطراباً يترتب عليه حدوث تلف في أنسجة المخ

، أو تعويضي لنموه ووظائفه ، كما ان هناك عوامل فطرية تؤدي إلى خلل في التمثيل الغذائي ، وتؤثر كثيراً على الجهاز العصبي والمخ.

(محمد عبدالمؤمن حسين ، ١٩٨٦ ، ٧٥)

ومن أبرز الاضطرابات التكوينية:

اضطرابات التمثيل الغذائي الفينيل كيتون يوريا Phenylketonuria PKU): حيث ينشأ هذا الاضطراب نتيجة جين طفرى متنح يمنع المصاب من تحويل الفينيل الآنين Phenylalanine (حمض عضوى) إلى التيروسين Tyrosin الذى يتحول بدوره الطبيعى إلى الثيروكسين والادرنالين ، ويتحول الفينيل الآنين إلى الثيروكسين بفضل أنزيم خاص يسمى الفينيل آلانين هيدروكسيدز Phenylalanine hydroxidase ، وإذا لم يتكون هذا الأنزيم فى كبد الفرد فإن نسبة تركيز الفينيل الآنين تزيد فى الدم وتتمثل جزئيا فى الدم لتكون حمض البيروفيك السام Pyrovic acid ، ويخرج بعضه مع البول عن طريق الكليتين . كذلك يؤدي اختلاف الجينات إلى قصور في التمثيل الغذائي يؤثر في النمو الطبيعي للمخ ،

وهذا القصور يحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدي إلى اختلاف نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ، ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء ، ومن أهمها (الاضطراب في تمثيل البروتين ، الاضطراب في تمثيل الكربوهيدرات ، الاضطراب في تمثيل الدهون).

(فاروق الروسان ، ٢٠٠١ ، ٩٦-٩٧ ؛ عبدالمطلب أمين القريطي ، ٢٠٠١ ، ٩٣)

ويعتبر الفينيلكيتونيوريا (PKU) من الأمراض الوراثية التى يمكن تحديدها بعد ميلاد الطفل المتخلف عقليا مباشرة ، وذلك من خلال تحليل بول هذا الطفل ، أو أخذ عينة بسيطة من الدم لإجراء الفحوص اللازمة عليها (Mangal, 2002, 438).

حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي: حيث يحدث اضطراب اثناء عملية التكوين وانقسام الخلايا ينتج عنه شذوذ في توزيع الكروموسومات ، ويكون هذا الشذوذ في شكل كروموزوم زائد في الخلية يؤدي إلى عيب في تكوين المخ ، فتحدث الإعاقة العقلية والتي يطلق عليها المنغولية أو عرض داون ، وتؤكد البحوث والدراسات على أن الخلل الكروموسومي من أكبر الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية ، فهو مسئول عن (١٠%) من حالات الإعاقة العقلية .

(محمد رشدي أحمد ، ٢٠٠٥ ، ٣٦)

حالات مرتبطة بعامل الريزس RH : وهذا العامل هو أحد مكونات الدم ؛ فإذا وجد عند شخص ما ، فيكون موجباً لعامل الريزس ، حيث أن (٨٦%) من البشر يحملون عامل RH موجب ، بينما (١٤%) من البشر يحملون عامل RH سالب ، فإذا كانت الأم تحمل عامل RH سالب والأب يحمل عامل RH موجب ؛ فاختلاف دم الوالدين يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة في دم الأم تتسرب إلى الجنين عن طريق الحبل السري وتتلف كريات دمه الحمراء التي تتكون في نخاع العظم وقد تؤدي إلى الوفاة في النهاية أو إصابته بإعاقة شديدة .

(عثمان لبيب فرج ، ٢٠٠٢ ، ٣٦)

١-٦-٢- عوامل بيئية (غير وراثية) :

تسبب العوامل البيئية نوعاً من الإعاقة العقلية الثانوية أو المكتسبة ، وتوجد عوامل بيئية كثيرة لا تقل أهمية عن العوامل الوراثية .

وهذه العوامل تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب وأثناء تكوينه في رحم الأم ثم أثناء الولادة وبعدها ، كما تصيب الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب ، وتمثل (٢٠%) من حالات الإعاقة .

(زينب محمود شقير ، ١٩٩٩ ، ١٢٠)

وتتضمن تلك العوامل في:

عوامل تحدث قبل عملية الولادة: وتتمثل هذه العوامل فيما يلى:

نقص الأكسجين: إذا حرمت الأم الحامل من الكمية الكافية من الأكسجين اللازم ، فإنها قد تعانى وجنينها من تلف فى الجهاز العصبى.

(على عبدالنبي محمد ، ٢٠٠٨ ، ٧٩)

الحصبة الألمانية: معظم الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة فى أوائل فترة الحمل عادة ما يولدون متأثرين ببعض العيوب التى تولد معهم والتى منها الزرق (يصيب العين) ، الأمراض القلبية الفطرية ، الصمم ، بما فى ذلك التخلف العقلي بجميع مستوياته من البسيط إلى الشديد ، وقد اكتشف الباحثون أن الإصابة بالحصبة الألمانية وما يليها من إصابة الطفل بالتخلف العقلي (كل ذلك ناتج عن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية) واكتشفوا أن هذه الأمراض يمكن الحد منها من خلال التحصين والتطعيم. (Colleen & Edward, 1995, 307)

التسمم: إن إصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية قد يؤدى إلى إصابة الطفل بالتخلف العقلي ، ويحدث التسمم للأم أثناء الحمل نتيجة تناول العقاقير الطبية أو التدخين .....الخ ، أو للطفل بعد الولادة (مثل تناول مادة الرصاص).

(جمال الخطيب ، ومنى الحديدى ، ١٩٩٩، ٧٩)

الإجهاد العاطفى والاضطرابات النفسية: إن الإجهاد الشديد فكريا وعاطفيا وجسميا له تأثير على صحة الأم الحامل حيث أن القلق والإحباط يقودان إلى إمتناعها عن الطعام ، الأمر الذى يؤدى بالتالي إلى نقص فى حصول الطفل على المواد الغذائية اللازمة لنمو جسمه ودماغه وإصابته بالتخلف العقلي.

(سعيد حسنى العزة ، ٢٠٠١، ٤٣)

الزهري: إن إصابة الأم بمرض الزهرى (السفلى) قد يؤدى إلى ولادات أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بحالات التخلف العقلي حيث يؤثر على الجنين فى الأسابيع الأولى لنموه ويؤدى إلى تلف الجهاز العصبى المركزى.

(زينب محمود شقير، ٢٠٠٢، ٣٥)

تعرض الأم للإشعاع: إن تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة (X) السينية له تأثير بالغ الخطورة على الجنين حيث يؤدى ذلك إلى التخلف العقلي أو حدوث تشوهات جسمية إلى جانب أنه قد يؤدى إلى الإجهاض.

(عادل عبدالله محمد ، ٢٠٠٢، ٤٢٥)

التغذية: التغذية السليمة للأمهات سواء قبل الحمل أم أثناءه لها دور فعال فى النمو السوي للطفل ، أما أعراض النقص فى التغذية السليمة للأم الحامل يصيب الطفل بـ(عدم الاستقرار ، التهيج ، الإنهاك ، وعدم القدرة على التركيز) ، وسوء التغذية يؤدى إلى البطء فى الأيض Metabolism ويقيد الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى.

(مارتن هنلى وآخرون ، ٢٠٠١، ٨٣٠)

عوامل تحدث أثناء عملية الولادة: وتتضمن هذه العوامل ما يلى:

اضطرابات الحمل: تضم جميع اضطرابات الحمل غير العادي ، ومن أمثلة هذه الحالات الولادات المبتسرة Prematurely ، والتى يولد فيها الطفل قبل مرور (٣٧) أسبوعا منذ اليوم الأول للدورة الشهرية الأخيرة للأم ، وحالات الوزن المنخفض للوليد وحالات الأطفال الذين يتجاوزون الفترة العادية للحمل بسبعة أيام أو أكثر Maturity Post.

(علي عبدالنبي محمد ، ٢٠٠٨، ٥٧)

اختناق الجنين: يحدث نتيجة صعوبة استنشاق الهواء أثناء فترة الولادة أو بعدها مباشرة وخصوصا إذا استمر الاختناق أكثر من (٣) دقائق ، ومن المشاكل التى ينجم عنها اختناق الجنين طول أو قصر الحبل السرى ، مما يؤدى إلى التوائه أو تمزقه وحدوث نزيف ، وفى كلتا الحالتين لا يحصل الجنين على كمية الأكسجين التي تصل للمخ ، وبذلك ينتج عنه تلف فى المخ مؤديا إلى التخلف العقلي.

(رمضان محمد القذافى ، ٢٠٠٥، ١٠٢)

عوامل تحدث بعد عملية الولادة: وتتضمن هذه العوامل ما يلى:

إصابات الطفل المختلفة: يجب أن تكون الإصابة شديدة لدرجة أن تحدث شروخ فى الجمجمة أو ينتقل الطفل إلى حالة غيبوبة يليها توقف أو نكوص فى عمليات النمو لدى الطفل.

(إبراهيم عباس الزهيرى ، ٢٠٠٣، ١٨٣)

اضطراب الغدد: تتمثل فى اضطراب الغدد وعدم قيامها بوظائفها الحيوية مثل اضطرابات الغدة النخامية والدرقية Thyroid gland ، وغيرها من الغدد الأساسية التى تساعد على نمو الإنسان وتعمل على توازن الهرمونات داخل جسمه وأن أي خلل فى هذه الغدد يؤثر على النمو العقلي والجسمي للطفل.

(عبدالعظيم شحاتة مرسى ، ١٩٩٠، ٣٧).

التشنجات: تحدث التشنجات نتيجة لاختلال الأكسجين وحوادث الولادة لدى الأطفال حديثي الولادة ، وقد تقع هذه الحوادث نتيجة كبر رأس الجنين عن الحوض ، أو عن حوادث فى إخراج الطفل وتحدث التشنجات بنسبة (٥-١٠) فى كل ألف مولود لأن هذه التشنجات ترتبط بمعدلات عالية للوفاة فإن التشخيص والعلاج للأسباب المؤدية لها أمر بالغ الأهمية.

(محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧، ١١٨)

عوامل غير معروفة: وتتضمن حالات كثيرة ذات مظاهر كلينيكية مميزة تكون واضحة منذ الميلاد لكنها مجهولة الأسباب حتى الآن ومن هذه الحالات التشوهات المخية ، والفقدان الكلى أو الجزئي للمخ كغياب المخ وفقدان مؤخرة المخ أو العظام المفرطحة من عظم الجمجمة وسوء تكوين التجاعيد على سطح المخ (نقصها أو زيادتها).

(عبدالمطلب أمين القريطى ، ٢٠٠١، ٩٣)

١-٦-٣- الأسباب النفسية والاجتماعية:

يأتي الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون فى مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملاءمة للنمو العقلي المعرفى ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسى فى الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافى.

(Colleen & Edward, 1995 , 307)

وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدى بالفرد إلى النضج العقلي والنفسى والاجتماعي والانفعالى حيث تؤدى به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذى يؤثر سلبا على مستوى ذكائه وإدراكه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام ، إذ يحد كثيرا من نموه العقلي ،

كما أن التنشئة غير الملاءمة لا تتيح الفرصة المناسبة لنمو الطفل العقلي ، حيث تعوق قدراته العقلية وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النضج ليس فى هذا الجانب فحسب ، بل فى جميع جوانبه الشخصية.

(عادل عبدالله محمد ، ٢٠٠٢، ٤٢٦)

الفصل الثاني
المتغيرات النفسية

السلوك العدواني

مفهوم السلوك العدواني

المداخل المفسرة للسلوك العدواني

مظاهر السلوك العدواني

السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"

القلق

مفهوم القلق

النظريات المفسرة للقلق

القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"

الاكتئاب

مفهوم الاكتئاب

النظريات المفسرة للاكتئاب

الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلين "القابلين للتعلم"

[٢]- المتغيرات النفسية:

٢-١- السلوك العدواني :

مازال السلوك العدواني لدى الأطفال في مدارسنا ومؤسساتنا التعليمية منتشراً في كل المجتمعات لأسباب عديدة ، منها وسائل الإعلام التي تسهم بنشر العنف وغياب دور التربية السليمة لدى كثير من الأسر وفقدان الضبط والرقابة على الأطفال لانعدام الصلة بين المؤسسة التربوية وأولياء الأمور . لذا أصبح هذا السلوك من أحد أهم السلوكيات التي يتصف بها كثير من الأفراد في عصرنا الحاضر بدرجات متفاوتة ؛ حيث يظهر بين الأخوة داخل الأسرة وبين التلاميذ في المدرسة وفي الشوارع والأماكن العامة بأشكال مختلفة لفظية وبدنية وقد يتجه نحو الذات وبين ذوي الاحتياجات الخاصة ، لذا بات على المهتمين بالتربية وعلم النفس والصحة النفسية أن يكثفوا جهودهم في التعامل مع ذلك السلوك .

وعليه كان لزاماً لحدوث ممارسة للسلوك العدواني المادي وجود طرفين على الأقل ؛ أحدهما في محيط البشر وهو الإنسان كفرد أو مجتمع أو دولة أو حكومة والطرف الآخر هو الموضوع ، وقد يكون إنسانا كالابن أو الزوج أو الزميل... إلخ .

(عصام العقاد ، ٢٠٠٢ ، ١٠١ -١٠٢)

فالتلميذ إذ ما واجه أي موقف يولد لديه إحباطاً أو يعد عائقاً أمامه في التوافق الاجتماعي ؛ فإنه شعورياً أو لا شعورياً يلجأ إلى ممارسة إحدى مظاهر السلوك العدواني كنوع من التعويض أو كمحاولة للتغلب على الموقف المحبط.

٢-١-١- مفهوم السلوك العدواني:

تعددت وتنوعت مفاهيم السلوك العدواني ؛ فنجد منها :

سلوك لا سوى يقوم به شخص أو مجموعة من الأشخاص بشكل عمدي لإنزال الأذى أو الضرر بالآخر .

(Bertran & Jeffrey , 1983 , 267)

سلوك مدفوع بالقصد والكراهية أو المنافسة الزائدة ويتجه إلى الإيذاء والتخريب أو هزيمة الآخرين وفي بعض الحالات يتجه إلى الذات حين يؤذى الفرد ذاته.

(جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافي ، ١٩٨٨ ، ١٠٠)

سلوك يكون فيه ضرر بالآخرين أو أي فعل يحدث بشكل عمدى ويكون فيه إيذاء للآخرين.

(David, et al , 1991 , 334-335)

سلوك يتوجه إلى الغير غالباً ويقصد به أن يعانوا منه نفسياً أو مادياً ، وقد يتحول به الشخص إلى نفسه فيلحقه منه الضرر وقد يصيبه الدمار.

(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٢ ، ٨٤٩)

سلوك يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالآخرين أو بالذات سواء كان ذلك بطريقة مباشرة أم غير مباشرة .

(محمد شوكت ومنير رجائي ، ١٩٩٤ ، ٢١٠)

السلوك الذي يؤدي إلى إلحاق الاذي نفسياً على شكل إهانه أو خفض قيمة أو جسميا . كما انه ضرب من السلوك الذي يهدف إلى تحقيق رغبة في السيطرة.

(حنان عبد الحميد العناني ، ١٩٩٥ ، ١٢٥)

سلوك يصدره الطفل في تفاعل معين وتدفعه ظروف هذا الموقف بتصرفات معينة يترتب عليها ارتفاع الاذي والضرر لطرف آخر في الموقف التفاعلي .

(عباس إبراهيم متولي ، ١٩٩٦ ، ١٥)

شكل نوعي للفعل الإنساني يتميز بإظهار التفوق على شخص آخر أو مجموعة أشخاص أو باستخدام القوه سعياً إلى الإيذاء ويتفاوت من حيث الشدة والشكل ما بين إظهار العداء إلى التهجم بالألفاظ (الاعتداء اللفظي) واستخدام القوة البدنية (العدوان الجسدي)

(أ . ف بتروفسكى و م . ج . ياروشفسكى ، ١٩٩٦ ، ٣٥)

كل سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو إتلاف لشئ أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تجريبية أو مكروهه أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين .

(جمال مثقال القاسم ، ٢٠٠٠ ، ١١٦)

هجوم أو فعل محددان يمكن أن يتخذ أي صورة من الهجوم المادي والجسدي في طرف والهجوم اللفظي في الطرف الآخر ، وهذا السلوك يمكن أن يتخذ ضد أي شيء بما في ذلك ذات الشخص ، وأحيانا سلوكا ظاهريا مباشرا محددا ،وواضحا ، وأحيانا أخرى يكون التعبير عنه بطريقة إما إسقاطيه على الآخرين أو البيئة من حوله

(آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٣ ، ٢٣٥)

ومن العرض السابق لمفهوم السلوك العدواني ، يتضح أنه:

سلوك يهدف إلى الإضرار سواء بالذات أم بالآخرين أم بالأشياء.

نوع من التنفيس أو ميكانيزم تنفيسي.

سلوك ذو طابع تدميري.

قد يكون مباشر أو غير مباشر.

يكمن ورائه رغبة ملحة أو هدف.

٢-١-٢- المداخل المفسرة للسلوك العدواني :

فمن مراجعة الباحث للعديد من القراءات في الصحة النفسية وعلم النفس في السلوك العدواني ؛ فقد وجدت هناك العديد من المداخل التي حاولت تفسير السلوك العدواني ؛ منها:

٢-١-٢-١- المدخل الطبي : ويضم

أ)-النظرية البيولوجية : ترى أن بعض العوامل التشريحيه تساهم فى إثاره العدوان ، فمثلاً هناك منطقه فى القلب الداخلى فى المخ حينما يتم تنشيطها فان العدوانيه تزيد وحينما يتم السيطرة على هذا النشاط فإن العدوانية تقل. فالحيوانات الوديعه يمكن اثارتها بالغضب وأيضاً تم ملاحظه هذه الآثار على مرضى بشريين بعد تلقى تاثير كهربى فى الأمجدالا (Amggdala) .

ب)-النظرية الفسيولوجية : حيث تُرجع السلوك العدواني إلى الشذوذ في التكوين الكروموسومى ، حيث وجود خلل في الكروموسومات عند بعض العتاة من المجرمين بزيادة كروموسوم الجنس (xYY) وليس (XY) كما هو الحال في خلايا الأشخاص العاديين ، حيث تم إجراء عدد كبير من الدراسات حول الوراثة ومن بينها الأطفال التوائم والذين تم تبنيهم (من قبل ناس غير أبويهم الحقيقيين) وقد توصلوا إلى احتماليه الاشتراك أو الانغماس فى اى عمل عدواني أو اجرامى يرتبط وراثيا بالأفراد

وقد قام عدد من النقاد مثل كامين Kamin 1986 واليس Wales 1985 برفض هذا الافتراض حيث يتضح أن الدليل الذى قدمه Wilson يعتريه بعض الصعوبات لدراسته على سبيل المثال وجد أن نسبه كبيره من جرائم العنف ترتكب من قبل أفراد ذكور تتراوح أعمارهم مابين ١٨-٢٠ سنه وهى خاضعة للقوى الثقافية أكثر من القوى الوراثية (أمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٥ ،٢٣٤-٢٣٥).

٢-١-٢-٢- المدخل الغريزي : ويضم :

- نظرية التحليل النفسي : حيث تعتبر غريزة الموت لدى الأفراد على أنها حالة لاشعورية وهي المسئولة عن السلوك العدواني مقابل غريزة الجنس التي تعمل على حفظ وبقاء الإنسان والحيطة دائما من كل ما يهدده من مخاطر ، وقد طور " فرويد "من مفهوم غريزة الموت على أنها رغبه شعورية عميقة لدى كل الكائنات لكي تهرب من توتر الحياة ، وهذا الدافع قد يتجه نحو تدمير النفس كنزعة مازوخية واعتبر فرويد العدوان نحو الآخرين انتصارا وقتيا لغريزة الحياة وفي السلوك العدواني تزداد قوة غريزة الموت وتنحرف نحو الآخرين (أمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٥ ؛ صلاح عبدالغني وسحر عبدالغني ، ٢٠٠٣).

٢-١-٢-٣- المدخل المعرفي :

يركز هذا المدخل على الكيفية التي يدرك بها العقل الإنساني وقائع أحداث معينة في المجال الإدراكي أو الحيز الحيوي للإنسان ، كما يتمثل في مختلف المواقف الاجتماعية المعايشة وانعكاساتها على الحياة النفسية للإنسان ؛ مما يؤدى به إلى تكوين مشاعر الغضب والكراهية ، وكيف أن مثل هذه المشاعر تتحول إلى " إدراك " داخلي يقود صاحبه إلى ممارسة السلوك العدواني ، ومن ثم كانت طريقتهم العلاجية للتحكم في هذا النوع من السلوك العدواني عن طريق التعديل المعرفي بتزويد الفرد بمختلف الحقائق والمعلومات المتاحة مما يوضح أمامه المجال الإدراكي ولا يترك فيه أي غموض أو إبهام مما يجعله مستبصراً بكل الأبعاد والعلاقات بين السبب والنتيجة (عزالدين جميل ، ٢٠٠٣).

٢-١-٢-٤- المدخل السلوكي :

ينظر للعدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقا لقوانين التعلم ، وإعادة بناء نموذج من التعلم الجديد ؛ ومن نظرياته:

أ- نظرية (الإحباط – العدوان) : ترى أن الإحباط هو الشرط الأساسي الذي يؤدى إلى العدوان ، فالعدوان استجابة فطرية للإحباط تزداد شدته كلما زاد الإحباط وتكرر حدوثه في ضوء مفهومي المثير والاستجابة ،

لذا فهو دافع غريزي ، ولكن لا يتحرك بواسطة الغريزة بل بتحريض من مثيرات خارجية ، وأن الإحباط دائما يؤدى إلى عدوان ، إلا إذا كان يلقى نوعا من الإثابة والتدعيم (وفاء عبدالجواد وعزة خليل ، ١٩٩٩ ؛ عصام العقاد ، ٢٠٠٢ ؛ صلاح عبدالغني وسحر عبدالغني ، ٢٠٠٣).

ب)- نظرية التعلم الاجتماعي : ترى أن السلوك العدواني سلوك متعلم مثله مثل الأنواع الأخرى من السلوك وأنه يمكن أن يحدث نتيجة مرور الفرد بالخبرات المنفرة أو المكروهة أو وجود بواعث ومنافع متوقعه من وراء هذا اللون من السلوك أو انه يحدث نتيجة للاثنين معا ، فالوالدان اللذان يستخدمان العقاب الجسدي كوسيلة أساسيه في عملية التنشئة الاجتماعية يقدمون للطفل نموذجا ليقلده في الحياة ، كما أن الطفل يمكن أن يتعلم قمع عدوانه المادي داخل الأسرة ، ولكنه يصبح عدوانياً بصورة كبيرة في تفاعله الاجتماعي خارج الأسرة فالتقليد له أثره المباشر والرئيسي في السلوك العدواني ، وهو وسيله من وسائل التعلم عن طريق الملاحظة التي تسبق التقليد ولذا فإن السلوك العدواني للآباء سيُقلد من الأبناء وأن الآباء العدوانيين لهم أبناء عدوانيون (David , 1983 ; Neilr , 1993 ; Michael & Edward , 1988 ; Richard , 1990) ؛ حامد عبدالسلام زهران ، ١٩٨٠؛ كمال إبراهيم مرسي ، ١٩٨٥ ؛ سيد عبد العال ، ١٩٩٢ ؛ هشام الخولي ، ١٩٩٨)

٢-١-٣- مظاهر السلوك العدواني:

حدد محمد بيومى حسن وسميره محمد شندي (٢٠٠٠) أشكال السلوك العدواني في :

أ-السلوك العدواني اللفظى : و هو سلوك يتسم بإلحاق الأذى بالذات أو بأشخاص آخرين عن طريق السب أو اللوم أو النقد أو السخرية أو التحكم أو ترويج الإشاعات المغرضة أو توجيه ألفاظ غير مرغوب فيها بطريقه مباشره أو غير مباشرة.

ب-السلوك العدواني المادي : و هو سلوك يتسم بإلحاق الأذى المادي أو البدني للذات أو للآخرين عن طريق الإيذاء البدني أو تحطيم الممتلكات أو سلبها أو المساعدة في ذلك بطريقه مباشره أو غير مباشره .

(محمد بيومي حسن ، سمير محمد شندي ، ٢٠٠٠ ، ٩٦- ٩٧)

ويعتبر السلوك العدواني أياً كان شكله أو نوعه من الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين انفعالياً . بل قد يعتبر من أهم سمه تميز سلوك الأفراد المضطربين انفعالياً وتبدو صوره في العدوان اللفظي ، العدوان المادي...... الخ.

(فاروق الروسان ، ٢٠٠١ ، ٢٣٤)

من خلال العرض السابق لتصنيفات السلوك العداونى لاحظ الباحث أن هناك بعض التباينات بين هذه التصنيفات ، وذلك نظراً لتباين الباحثين ، فكل يصنف السلوك العدواني تبعاً لتعديله للسلوك العدواني وتبعاً للنظرية التى ينبثق منها وأيضاً يرجع هذا الاختلاف إلى طبيعة الفئة التى يصدر منها السلوك العدواني . وبالرغم مما قد يوجد من تباينات فى تصنيفات السلوك العدواني إلا أن جميع التصنيفات تقريباً تتفق على أن السلوك العدواني يظهر فى صورة عدوان مباشر ، عدوان لفظى ، عدوان موجة نحو الذات .

٢-١-٤- السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم":

وعن السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً فيشمل :

- العدوان نحو الذات : ويتمثل فى تقليل شأن الذات وتحقيرها وتدميرها وعدم إتباع النصائح.

- العدوان نحو الآخرين : ويتمثل فى السلوك الذى يؤذى الآخرين مثل الخروج على اللوائح والقوانين المتعارف عليها فى التعامل معهم .

- العدوان نحو الممتلكات العامة والخاصة : ويقصد بذلك إلحاق الأذى والضرر بها وتدميرها وتخريبها.

- العدوان اللفظى : يقصد به أن يلجأ الفرد إلى السباب والشتائم والتهديد ورفع الصوت.

- العدوان المادي : يتمثل فى الضرب والتكسير للأشياء وتمزيق وغلق الأبواب بشدة.

- العدوان بالخروج على المعايير السلوكية المتفق عليها من قبل المجتمع : مثل الخروج على العادات والتقاليد والقيم الروحية والدينية .

أي يمارس المعاقين عقلياً القابلين للتعلم عدداً من مظاهر السلوك العدواني المتمثلة في : السلوك العدوان الصريح : ويتمثل فى جذب ملابس الزملاء والعض وشد الشعر والتخريب والبصق والضرب وتحطيم الأشياء . السلوك العدوان العام (اللفظي وغير اللفظى) ويتمثل فى الشتم ومضايقة الزملاء والتحرش بهم واستخدام الألفاظ البذيئة . السلوك الفوضوى ويتمثل فى الدخول للفصل والخروج منه دون استئذان والقيام بالشوشرة ورمى الأوراق على الأرض دون وضعها فى سلة المهملات . عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم فى الانفعالات: ويتمثل فى الانتقام وعدم القدرة على التحكم فى سلوك لاستثماره أى شئ عند الغضب.

(سعيد عبدالله دبيس ، ١٩٩٨ ، ٣٥٨ ــ ٣٥٩)

ويعدد رأفت عوض خطاب (٢٠٠١) مظاهر السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً إلى خمسة أبعاد هى :

السلوك العدواني البدنى المباشر نحو الآخرين .

السلوك العدواني البدنى المباشر نحو الذات .

السلوك العدواني نحو الممتلكات العامة والخاصة .

السلوك العدواني بالخروج عن المعايير السلوكية المتفق عليها من قبل المجتمع.

(رأفت عوض خطاب ، ٢٠٠١ ، ٥٩)

فمن ملاحظات الباحث ؛ وجد أن الأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة البسيطة والمقيمين إقامة خارجية يعيشون مع أسرهم ويتفاعلون مع ذويهم ومع الأطفال الآخرين داخل الحي الذى يسكنون فيه إضافة إلى التفاعلات الأخرى التى يمكن أن تتم داخل إطار الأسرة أو خارجها والتى يتعرض الأطفال المعاقين عقلياً من خلالها للعديد من الاحباطات نتيجة لنقص قدراتهم العقلية وعدم تفهم الآخرين لذلك النقص مما يدفعهم إلى القيام بمختلف أشكال السلوك العدواني .

٢-٢- القلق

يحتل القلق دوراً خاصاً في عمليات توافق الإنسان مع البيئة ؛ إذ أنه يعتمد على الخبرات السابقة مثلها كباقي سمات الشخصية ، فالفرد ذو القلق العالي يواجه أخطارا داهمة في علاقته بالآخرين والتي قد تمثل تهديدات لتقديره لذاته بدرجة أكبر من ذوي القلق المنخفض ، أي أن الاستعداد والتهيؤ للقلق يكون كامناً ولا يستثار إلا بمواقف وظروف محددة.

وعلى ذلك فهو خبرة إنفعالية كامنة ومتأصلة في وجود الإنسان ، قديم قدم الإنسان ، وإن درجة الشعور بالقلق ومستواه تختلف باختلاف الظروف المهيئة لحدوث الأسباب المسببة له بالإضافة إلى المكونات النفسية للفرد والتي تحدد مستوى القلق لديه.

(حامد عبد السلام زهران ، ١٩٩٧ ، ١٥٩)

فاضطراب القلق من أكثر الحالات الوجدانية المسببة لكثير من المشكلات ،حيث أن ١٥% من المجتمع يعانون القلق على مدار العام الواحد.

(بدر محمد الانصاري ، ٢٠٠٤ ، ٣٣٧)

٢-٢-١- مفهوم القلق:

تعددت المفاهيم المقدمة للقلق ؛ منها :

حاله تسود الفرد تجعله غير مستقر أو مفهوم نفسي يصف مستوى الانفعالية عند هذا الفرد أو ذلك .

(عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٨٣ ، ١٢٧)

حالة إنفعاليه مزمنة ومعقدة مع توجس ورهبه ويتميز باضطرابات عصبية وعقلية عديدة .

(كمال دسوقى ، ١٩٨٨، ١٠٨)

خبرة إنفعالية غير سارة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شىء وعندما يقف فى موقف صراعى أو إحباط حاد دون أن يستطيع تحديده تحديد واضح وغالباً ما تصاحب هذه الحالة ببعض المتغيرات الفسيولوجية.

(عبدالسلام عبد الغفار،١٩٩٠، ١١٦)

خوف غامض يتميز في أحد أطرافة بتوتر عصبي متزايد فضلاً عن أنواع شتى من الهموم ويتسم في طرفه الآخر بالاتزان الانفعالي.

(Richard , 1990 , 171)

انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول ويكون من المقبول أحياناً أن يقلق الفرد للتحفز النشط ومواجهه الخطر ولكنه كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها خطرا حقيقيا بل متوهما ومجهول المصدر .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩١ ، ١٣)

ظاهره تنتج عن العلاقات الشخصية مع الآخرين ووصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة من جانب الكبار سواء كانوا حقيقيين أو متخيلين وتقوم الشخصية بمناورات دفاعيه للتغلب على القلق وحيث أن القلق ينبع أساساً من الشعور بتهديد الحاجة إلى الأمن فإن الوسائل الدفاعية التى تعتمد عليها الشخصية تتخذ أساساً لتحقيق الأمن بالحصول على الموافقة من الآخرين . وإذا زاد خطر القلق حاول الفرد حصد هذا القلق في أضيق الحدود بأن يضيق خبراته ونشاطه مقتصرا على ما يستطيع أن يتنبأ تماماً بعواقبه وفي أثناء عمليه النمو قد يلجأ الفرد إلى الانتباه الانتقائى حيث يؤكد فقط على المهم ويتجاهل غير المهم ويتغاضى عن الخبرات المقلقة أو المثمرة للقلق .

(حامد عبد السلام زهران ، ١٩٩٧ ، ١٥٩)

الشعور الدائم بالخوف والتوتر ويعتبر القلق أحيانا عرضا طبيعيا . وأحيانا أخرى يشتد القلق فيؤثر على نشاط الفرد ولا يعرف له سبب مباشر . وعاده ما يصاحب القلق أعراض تنبيه في الجهاز العصبى اللاارادى من جفاف الحلق وسرعة دقات القلب والعرق البارد وارتعاش الأطراف واختناق في الرقبة وغالبا تصاحب تلك الأعراض معظم الأمراض النفس-جسميه .

(أحمد فهمي عكاشه ، ٢٠٠٠ ،٢٢٠)

انفعال غير سار وشعور مكدراً أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعنى خطر حقيقيا والتى قد لا تخرج في الواقع من إطار الحياة العادية . لكن الفرد الذى يعانى من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضرورات ملحه ومواقف تصعب مواجهتها .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ١٤)

ومن العرض السابق لمفاهيم القلق ؛ يتضح أن القلق انفعال غير سار وخوف مجهول المصدر ومستمر ، قد يكون طبيعي وقد يكون غير طبيعي ، ويؤثر على سلوك الفرد في المواقف المختلفة ويصاحبه هم وتوتر وضيق وعدم ارتياح.

٢-٢-٢- النظريات المفسرة للقلق :

٢-٢-٢-١- نظريه التحليل النفسى

قدمها سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩) إلى وجود نوعين من التفكير يتحكمان في السلوك النهائى . الأول يخضع لمبدأ اللذة وهو من خصائص اللاشعور ، الثاني يخضع لمبدأ الحقيقة ويعمل في المستوى الشعورى وقبل الشعورى .

(الفت محمد حقى ، ١٩٨٦ ، ٦٤)

وميز فرويد بين نوعين من القلق الموضوعى أو العادي وهو رد فعل مقبول لخطر موضوعى ؛ هدفه حماية الإنسان وينشأ عن غريزة حفظ الذات . ففيه يتحفز الجسم ويأخذ استعداده لمواجهه الخطر أو بالهرب أو باقتحام مصدر الخطر أو بالخضوع والاستسلام ، أما القلق العصابى أو المرضى فهو حاله مستمرة معممة غامضة من الشعور بالخطر والتهديد .

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٨٨ ، ١١٤)

٢-٢-٢-٢- النظريات السلوكية :

(ا) النظرية السلوكية التقليدية :

ينتمى لهذا التيار الفكرى إلى دولارد Dollard وميللر Miller وسافر Saffer وشوبن Shopen، والسلوكيون لا يستخدمون مفاهيم التحليل النفسي من شعور ولاشعور فقد رفضوها صراحة، ثم هم لا يتحدثون عن الشخصية في ضوء الهي والأنا والأنا الأعلي، فالشخصية في نظرهم عبارة عن تنظيم من عادات معينة يكتسبها الفرد في أثناء نشأته ولكن على الرغم من الاختلافات بينهم إلا أنهما يشتركان في أن القلق يرتبط بماضي الإنسان وما واجهه في أثناء هذا الماضي من خبرات، وهما يتفقان أيضاً على أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد وأن الاختلاف بين الاثنين يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد، أي أن الفرد ليس واعياً بما يثير قلقه.

(Fischer, 1970, 65-70)

فالقلق في السلوكية يظل مرتبطاً بالصراع لا يختلف في ذلك كثيراً عن التحليل النفسي، وأن نمو الصراع هنا شعورياً يبعث باستشارته الكدرة و دافعيته القوية مسالك من المحاولات والأخطاء يتمخض إحداهما عن خفض التوتر فيكون التعزيز، وأيا كان هذا السلوك سوياً أو عصابياً يتخذ صورة من صور الأعراض المرضية فإن الفرد ينجح في تجنب القلق.

وطالما أن الصراع ينطوي على استثارة قوية كدرة يتميز بالدافعية الشديدة، فإنه يتحتم هنا التميز بين مستويات مختلفة من التوتر الناشئ عن هذا الصراع، وفي ذلك يؤكد شافر وشوبن على العلاقة الوثيقة بين القلق والصراع فالقلق هو خوف من الرعب والأمل بالنسبة إلى المستقبل. والصراع خبرة من القلق الذي يمثل تهديداً بخطر يمكن أن يحدث في المستقبل. وعندما يفشل الفرد في البلوغ إلى هذه الأعراض يصاب عندئذ بعصاب القلق.

(عزيز حنا وآخرون ، ١٩٩١ ، ٢٨٦)

(ب) النظرية السلوكية الحديثة :

يعرف وولبى Wolpe القلق على أنه طراز أو طرز من الاستجابة الأوتونومية والتى هى بشكل تخصصى مميز جانبا من استجابة الكائن الحى للاستثارة المزعجة، فالمثيرات التى كانت سابقا عاجزة عن إبتعاث القلق يمكن أن تكتسب القدرة على إبعاثة إذا ما أتيح لها أن تؤثر على الكائن العضوى في الوقت الذي يكون القلق مبتعثا لدية نتيجة لمثيرات أخرى، ولكن ليست المثيرات الواضحة هى وحدها التى تحدد تشريط استجابات القلق بل أيضا الخصائص البيئية المماثلة الموجودة مما يعنى أنها دائمة الحضور، في هذه الحالة الأخيرة يعانى الفرد من القلق المنتشر،

وحيث أن كل خاصية من الخصائص البيئية إن لم تكن جميعها تدخل في الخبرات الممكنة للفرد يمكن توقع متى ارتبطت إحدى هذه الخصائص البيئية باستجابات القلق أن يغدو المريض بشكل دائم وبصورة واضحة وبدون سبب قلقا ، أى يعانى الفرد القلق المنتشر.

(سامية القطان ، ١٩٨٦، ٦٤١)

ويعتبر وولبى أن الأعراض المرضية هى استجابات تجنب قلق وهو لا يفرق بين القلق والخوف ويعتبرهما مترادفين وهذه وجهة نظر يمثلها كل من ليفيت وولبى وأيزنك وهم يرون أن الخوف والقلق يمثلان شيئا واحدا ، حيث يمكن اعتبار كل منهما مرادفان للآخر ومتحدا معه في المعنى.

(Fischer, 1970, 72 – 80)

(ج) نظريه التعلم الاجتماعي

تركز على البيئة الاجتماعية والوراثة والزمن وعمليات التعلم التى من خلالها تمد البيئة الأفراد وتؤثر على سلوكياتهم بدرجه كبيره من خلال تصورهم للنتائج التى قد تنتج عن أفعالهم ، فما القلق إلا عبارة عن استجابة من الصراعات الداخلية للفرد والعوامل البيئية المرتبطة به .

(عبد الوهاب محمد كامل ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٣- ٢٤٥)

٢-٢-٢-٣- القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" :

ويعاني الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من مشاعر قلق قد تبدو ملازمه له في العديد من السلوكيات المختلفة والتي يمكن الآخرين ملاحظتها.

(Mikeale , 1985 , 129)

وتبدو مظاهر القلق في توتر مستمر وخوف وفزع مصحوب بعض الإحساسات الجسمية الخاصة .

(Fee , 1994 , 73)

وهذا ما سعت إليه إبتسام الحسيني عبد الحميد درويش (٢٠٠٧) في بناء برنامجها الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية (القلق – الاكتئاب – العدوان) لدي الأطفال المعاقين عقلياً " القابلين للتعلم " ، والتحقق من مدي استمرارية هذا البرنامج ، وقد حقق البرنامج نجاحاً واضحاً

في حين أشارت نتائج دراسة آخري – من منظور الدمج وعدم الدمج- إلى عدم وجود فروق في القلق بين الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" المدمجين وغير المدمجين مع العاديين. (Hyde , 1981)

٢-٣- الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من اشد الاضطرابات النفسية التي تؤثر على حياة الإنسان وتهددها وتعرضه للخطر والهلاك ؛ وبالرغم من خطورته أصبح في ازدياد بمعدل ملفت للأنظار بحيث يمكن القول أننا نعيش في عصر الاكتئاب ، فتعددت الرؤى حوله في أنه سلوك غير تكيفي أو استجابة غير سوية للإنعصاب أو مظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية نظراً لتنوع أعراضه وأسبابه.

لذا شهدت الآونة الأخيرة زيادة مفاجئة فى معدل البحوث التى تتعلق بالاكتئاب لدى الأطفال .

(أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النيال ، ٢٠٠٢ ، ١١٥)

ويعانى الأطفال الذين يظهرون أعراض اكتئابية من الحزن وعدم الاهتمام بالآخرين أو الأنشطة وصعوبات في الأكل والنوم وأحيانا الحديث عن الرغبة في الموت من ضغوط بيئية حقيقية مثل فقدان أحد الوالدين أو التهديد بالفقد بسبب المرض أو الانفصال أو شعور الطفل بأنه لا يستطيع أن يصل إلى توقعات الوالدين الخاصة بالمدرسة أو الرياضة .

(Diane & Sally , 1997 , 401)

ويشير أحمد عبد الخالق (١٩٩٣) إلى انه أصبح من المهم التعرف على الاكتئاب كأحد الاضطرابات الخطيرة التى يعانى منها الفرد خلال مراحل حياته وذلك بهدف وضع الخطط الإرشادية التى ساعدت على التعامل مع هذا الاضطراب وخاصة في مرحلة الطفولة حيث أن سلامة العملية التعليمية وجدوى الاستثمار فيها مرتبطة بسلامة الصحة النفسية والجسمية والعقلية للمتلقي .

(في : توفيق عبد المنعم توفيق ١٩٩٧ ، ٢٠)

والاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائية منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على ٥٠٠ مليون إنسان وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى ٧% من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى ١٠% في خلال أعوام قليلة .

(لطفي الشربينى ، ٢٠٠١ ، ٣١)

٢-٣-١- مفهوم الاكتئاب:

تعددت مفاهيم الاكتئاب ؛ منها:

أحد الإضطرابات الوجدانية التى تتسم بحالة من الحزن الشديد وفقدان الحب والاضطرابات المعرفيه والمتمثلة فى النظرة السلبية للذات وإنخفاض تقديرها وتشويه المدركات وتوقع الفشل ونقص الفعالية العقلية .

(هشام عبدالله ، ١٩٩١ ، ١٢٣)

اضطراب تنخفض فيه الحالة المزاجية والحيوية إلى حد الضيق والانزعاج وقد تبدو الذات بلا قيمة والعالم بلا معنى وقد يكون هناك مشاعر البؤس والقنوط وغالبا ما ترتفع خطورة الانتحار .

(Jack , 1991 , 141)

خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضا لاضطراب بدنى أو عقلي أو اجتماعي كما يشير أيضا إلى مجموعة أعراض فسيولوجية سلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية .

(ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر ، ١٩٩٢ ، ١٠٢)

حالة انفعالية سلبية تتسم بالحزن والشك الذاتي وفقدان الاهتمام بالحياة اليومية (Frank , 1992 , 82) .

خلل في كل من الوظائف العقلية والفسيولوجية وعادة يرافقه شعور بالتعاسة والأعراض المشتركة وقد تصل الحالة في النهاية إلى الاكتئاب الذهني الذى يحتوى على بعض الأعراض إلى جانب أن حالة الحزن فيه تكون غير عادية .

(Stratton & Hayes , 1999 , P51)

حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق ، ويشيع فيها مشاعر الهم والغم فضلاً عن مشاعر القنوط والجذع واليأس والعجز ، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية ومنها نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة واضطرابات الشهية والنوم فضلاً عن سرعة التعب وضعف التركيز والشعور بنقص الكفاءة .

(أحمد محمد عبد الخالق ، ١٩٩٩ ، ١٠٤)

مزاج عسير يتميز بمشاعر الحزن وافتقاد العون والكفاية أو القيمة والإحساس بالوحدة وغالباً بالذنب.

(سهير فهيم الغباشي ، ٢٠٠٠ ، ١٤٥)

وصف لعدد كبير من الظروف مثل مشاعر انخفاض المعنويات ، وخيبة الأمل ، أو ردود فعل نفسية مؤقتة للإصابة أو الفقدان وأن زملة أعراض الاكتئاب لا تتضمن اضطراب المزاج فقط ، بل هناك أعراض مصاحبة أخرى مثل اضطراب الشهية واضطراب النوم واضطراب النشاط النفسي الحركي ، وانخفاض الطاقة ، وانخفاض الطاقة الجنسية ، ومشاعر بعدم القيمة أو بالإثم ، وصعوبة في التركيز وفي الذاكرة ، والتفكير وأفكار تتعلق بالموت والانتحار .

(غريب عبد الفتاح غريب ، ٢٠٠٠ ، ٤١٠)

حالة تشير إلى الكآبة والضغوط ونقصان الحيوية والنشاط واليأس ويمكن أن يظهر بصورة ضعيفة ويمكن أن يظهر شديد وحاد ويعد هنا مشكله نفسية وصحية خطيرة ويكون الفرد بطيء النشاط النفسى والحركى ويتهم نفسه بالتقصير مع قلة النوم والعزوف عن الحياة.

(رشاد عبدالعزيز موسى ، ٢٠٠١، ٦٧)

ويعرف الدليل الإحصائي لاضطرابات العقلية والسلوكية DSM-III الاكتئاب بأنه اضطراب يتضمن نقص الدافعية والحزن وانخفاض تقديرات الذات والشكاوى الجسدية وصعوبة التركيز والاعتقادات الشاذة والمندفعة والأفكار العنصرية أو التحيزية Racing thoughts .

(في: آمال عبدالسميع باظة ، ٢٠٠٥ ، ١٤)

٢-٣-٢- النظريات المفسرة للاكتئاب :-

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب وذلك باختلاف التوجيهات النظرية التي تفسر الاكتئاب ؛ منها :

- النظرية المعرفية :-

حيث ترى أن الاكتئابيين لديهم أساس معرفي سالب يؤدي بهم إلى ترسيخ واستبعاد المعارف الموجبة ونمو المعارف السالبة وبالتالي إلى المزيد من الأخطاء والاضطرابات ، ويتمثل في النظرة السالبة للذات والنظرة التشاؤمية تجاه الحاضر والمستقبل.

(Wolfe, 2001 , 443)

وبالتالي فإن النظرية المعرفية تستند في تفسير الاكتئاب إلى أن أفكار الأفراد التي تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب ، وأن هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك . ونتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة أو التطورات الخاطئة من شانها أن تسبب انفعالات سالبة وسلوكيات معوقة أو مضطربة ، هذه المعارف الخاطئة تؤدى إلى التشوه المعرفي الذي يعد في نظر المعرفيون هو المسئول الأول عن حدوث الاكتئاب.

(Datillio & Freeman , 1994 , 6- 8)

وبالإضافة إلى وجود ما يعرف بالمنع أو الصد Exclusivity حيث يشيع لدى الاكتئابيين صد تلقائي للأفكار الايجابية واستبعاد التقييمات الايجابية للآخرين.

(آمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠١ ، ١٠٢)

- النظرية البيولوجية :

حيث تؤكد على أن الخبرات الانفعاليه تؤثر على النشاط الكيميائى للمخ وفي المقابل فإن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتبدل نتيجة تغيرات كيميائيه في المخ حيث هناك بلايين الخلايا العصبية التى ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية وهناك أشياء كثيرة يمكن أن تحدث مثل خلل في الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية أو خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال ، والخلل في كل تلك الأمور يسهم بشكل رئيسي في الإصابة بالاكتئاب.

(حسن إبراهيم عبد اللطيف ، ١٩٩٧ ، ٤٨)

- نظريه التحليل النفسي :

حيث تنظر إلى الاكتئاب على أنه غضب موجه داخلياً نحو الذات في عقاب فقدان حقيقي أو رمزى غير أن مجموعه كبيره من الدراسات أثبتت أن كميه العدوان لدى حالات الاكتئاب ليست عالية في حين أن الاكتئاب يرتبط بالفشل بصوره أكبر من ارتباط بالعدوان .

(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ٣١٤)

حيث أن الأعراض الاكتئابية قد تكون نتاج لانفصال الطفل عن الأم بالابتعاد أو الموت. مما قد يؤدي إلى الصراع الداخلي والعدوان تجاه الوالدين مما يعرض الطفل للاكتئاب في المراحل التالية ويقلل من تقديره لذاته ، فإذا ما تعرض لضغوط متشابهة في الكبر تظهر علامات الاكتئاب الذي يستمد طاقته من الحب أو الغضب.

(بشير معمرية ، ٢٠٠٠ ، ١٣١)

- النظرية السلوكية :

حيث ترى أن الاكتئاب هو انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح . وينتج عن انخفاض معدل التدعيم الايجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة . وهذا يعنى أن حاله الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه أو زيادة الأحداث غير السارة ، وكلها تؤدى إلى حاله الاكتئاب ،

وبالتالي فهو يحدث نتيجة لتشكيله من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج ايجابيه له أو زيادة معدل الخبرات السيئة والتى تكون بمثابة عقابا له .

(محمد نجيب الصبوة ، ٢٠٠٠ ، ٢٩٩)

وبالتالي فهو يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياه الفرد . كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه وإذا لم يشعر الفرد تعزيزا أو تدعيما وتعاطفا ومسانده من قبل الآخرين لاستعاده المعدل المعتاد من النشاط فانه يأخذ في المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تماماً ويكتئب .

(عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٧ ، ٣٩٦)

لذا معظم حالات الاكتئاب وكل الانفعالات العصابية هي استجابة شرطية أو ردود فعل لتلك الاستجابة المشروطة .

(عبدالستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ٧٢)

٢-٣-٣- الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم":

يعاني الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من مشاعر للاكتئاب التي تعد مظهراً من مظاهر في مرحلة الطفولة وخبرة الإحباط

وانخفاض المعززات الاجتماعية التي يتلقاها الفرد وبالتالي تفاقم مشاعر العزلة الاجتماعية ومشاعر عدم الحيلة.

(Flett et al., 1994 , 263 ; Kobe , 1994 , 211)

وهذا وتظهر مظاهر الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" في صعوبة الاتصال البصري ووجود مهارات لغوية فقيرة ، وانخفاض تقدير الذات والقلق والشكاوي الجسمية.

(Meins , 1993 , 300)

ومجمل القول ؛ أن من أنسب الطرق لتخفيف من حدة مظاهر الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هو دمجهم مع الأطفال العاديين مما يسهم بدوره في زيادة المهارات اللغوية ، وفي الوقت الذي أظهرت نتائج بعض الدراسات ايجابية عملية الدمج ؛ ظهرت نتائج سلبية آخري تمثلت في ارتفاع شدة تلك المظاهر ، ومرجع ذلك هو أن هؤلاء التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين عانوا من صعوبات معرفية تراكمت عبر السنين مما زاد من الفجوة بينهم وبين العاديين مما انعكس على مفهومهم لذواتهم ومشكلاتهم النفسية كالقلق والاكتئاب والعدوان.

(عبدالرقيب أحمد البحيري ، ٢٠٠٤ ، ٩٠٥)

الفصل الثالث

الدمج

مفهوم الدمج

أهداف الدمج

الموضوع

مبررات الدمج

أشكال الدمج

دمج الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بفصول العاديين

تقييم الدمج

معوقات عملية الدمج

[٣]- الدمج

يعتبر موضوع دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية من الموضوعات التي لا زالت مثار جدل حول إيجابيات وسلبيات الدمج، إلا أنه وبحسب نتائج الدراسات القليلة – في حدود ما أطلع عليه الباحث - التي أجريت حول إيجابيات وسلبيات الدمج ، فإن إيجابيات الدمج عديدة وهي أكثر بكثير من سلبياته. لذا فقد شهد القرن العشرون تطوراً كبيراً وملموساً نحو التوسع في برامج الدمج ونحو التوسع في دمج فئات مختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة وبدرجات مختلفة من العجز (البسيطة والمتوسطة وحتى الشديدة) ، ونتيجة لهذا التغيير شهدت المجتمعات تحولاً ملحوظاً في التوجه نحو الدمج، حيث قامت العديد من المجتمعات بفتح العديد من برامج الدمج في المدارس العادية على هيئة صفوف خاصة. وحققت برامج الدمج العديد من الفوائد للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في جوانب متعددة منها نمو مهاراتهم الأكاديمية والاجتماعية بالإضافة إلى تنامي الاتجاهات الإيجابية نحوهم من قبل العاديين .

لذا تشكل رعاية المعاقين إحدى أولويات الدول والمنظمات المعاصرة ، والتى تنبثق من مشروعية حق المعاقين فى فرص متكافئة مع غيرهم فى كافة مجالات الحياة وفى العيش بكرامة وحرية ، وأكثر من ذلك فإن مستوى الرعاية والعناية بالمعاق يشكل أحد المعايير الأساسية التى تقاس بموجبها حضارات الأمم ومستويات تطورها ،

ويقترن دائما الاهتمام بحاجات المعاق ومستويات الخدمات المقدمة له مع المستوى الحضاري الذى تحتله كل بلد من البلدان ، فالاهتمام بهذه الشريحة يعتبر مظهرا حضاريا من الطراز الأول ، بما يعنيه ذلك من توجيه المجتمع لخدمة الفرد وتمكينه من خدمة المجتمع ، ففكرة الدمج ليست بالفكرة الجديدة حيث نادي بها الرسول (ص) عندما لم يسمح للكفيف بالصلاة وحدة فى المنزل إذا كان يسمع الآذان حتى لا ينعزل عن مجتمعه ، بل وكرم هذه الفئة عندما ولى عبدالله بن أم مكتوم إمارة المدينة المنورة وهو كفيف ، ففى الإسلام ميزان التقوى هو الذي يميز بين الناس (إن أكرمكم عند الله أتقاكم) ، أما حديثا فقد شهد عقد الثمانينات من القرن الماضي زيادة فى الحركة تجاه دمج الذين يعانون من مشكلات تعليمية وسلوكية شديدة دمجا شاملا فى بيئة التربية العادية ، حيث يركز مفهوم الدمج على مدى ملائمة الأفراد الذين سبق عزلهم لإرجاعهم إلى بيئات التربية العادية ، وهذا يختلف عن الدمج فى المدرسة دمجاً شاملاً ، والذي يركز على تطوير مجتمعات مدرسية تعد طبيعية وداعمة لجميع التلاميذ من البداية .

(ديان برادلى وآخرون ، ٢٠٠٠، ١٦)

بمراجعة العديد من الأبحاث التي ناقشت عدداً من مواضيع الدمج وأثرها على النمو الأكاديمي والاجتماعي للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة ، فقد أظهرت نتائج تلك الدراسات أن التلاميذ المدمجين في الصفوف العادية استفادوا في مجال النمو الأكاديمي والاجتماعي أكثر من التلاميذ الملتحقين في الصفوف الخاصة، وإن أهم المشكلات التي يمكن أن تواجه المعلمين المسئولين عن الصفوف الخاصة في برامج الدمج هي تلك المتعلقة بكيفية إدارة الصف والتعامل مع المشكلات السلوكية التي يمكن أن تصدر عن التلاميذ الملتحقين بهذه الصفوف.

(Madden & Slavia ,1983; Lindsay , 2003)

حيث أن أكثر عملية معقدة يمكن أن تواجه المعلمين في فصول الدمج هي تلك التي تتعلق بكيفية مواجهة السلوكيات غير الملائمة وطرق المحافظة على السلوكيات الملائمة والأساليب التي يجب على المعلمين إتباعها في التعامل مع السلوك غير الملائم.

(Buysee & Baily, 1993, 122)

٣-١- مفهوم الدمج:

لقد حظي موضوع الدمج أهمية بالغة الاهتمام على كافة الأصعدة ؛ لما يتضمنه من مفاهيم تربوية، ونفسية، واجتماعية، وفنية مختلفة.

(Hallahan& Kauffman, 1994 ; Kauffman & Hallahan 1995 ; Lewis & Doorlag, 1999 ; Stainback & Stainback, 1996)

كما أن المعاصر للحقبة الزمنية منذ الستينات من القرن العشرين إلى الوقت الحالي هذا يمكنه ملاحظة السيمفونية الرائعة من الجهد والفكر الإنساني التي نقلت التربية الخاصة من العزل إلى الدمج الجزئي إلى الدمج الكلي إلى الاستيعاب الكامل ، فأصبحت تربية خاصة جديدة في كل شئ.

(فاروق محمد صادق ، ٢٠٠٣ ، ٢)

وعلى هذا التطور ؛ فقد ظهرت العديد من تعريفات الدمج ؛ منها:

قضاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر ، كما يعني ضرورة تعديل البرامج المدرسية قدر الإمكان بحيث تواجه حاجات هذا الفئة من الأطفال مع إمداد معلم الفصل العادي بما يحتاج إليه من مساعدة.

(عبدالعزيز السيد الشخص ، ١٩٨٧ ، ١٩٥)

دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم دمجاً زمنياً، تعليمياً، واجتماعياً، حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة تُقر حسب حاجة كل طفل على حدة، ويشترط فيها وضوح المسئولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي والفني في التعليم العام والتربية الخاصة"

(ناصر على الموسي ، ١٩٩٢ ، ١٥٤)

دمج النظم المنفردة إلى نظم أكثر تكاملاً للأفراد الذين سبق تقديم نظم او خدمات منفصلة لهم وعزلهم سواء كان ذلك بسبب الجنس أو الأصل العرقي أو اللون أو أي عوامل آخرى.

(فاروق محمد صادق ، ١٩٩٨ ، ٢٦٤)

تعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية وتزويدهم ببيئة طبيعية حيث يتواجد هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بعيداً عن أجواء العزلة التي توصف بها البدائل التربوية الأخرى للتربية الخاصة .

(سحر أحمد الخرشومي ، ٢٠٠٠ ، ٤٣)

وضع الطفل ذو الاحتياج الخاص مع الطفل العادي داخل إطار التعليم النظامي العادي ولمدة قد تصل إلى ٥٠% من وقت اليوم الدراسي ، مع تطوير الخطة التربوية التي تقدم المتطلبات النظرية والأكاديمية والمنهج العلمي والمقرر الدراسي ووسائط التدريس التي تحقق الأهداف المرجوة من تعاون التربويين فى نظامي التعليم الخاص والتعليم النظامي

من أجل رعاية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة بفئاتهم المختلفة أثناء وقت الدمج فى بيئة التعليم النظامي.

(محمد حسنين عبده العجمي ، محمد إبراهيم عطوه مجاهد ، ٢٠٠٢، ٣٣٦)

نظام تعليمي موحد من بداية التعليم الرسمي يشمل كل الأفراد بطريقة عادلة.

(عبدالرقيب البحيري ، ٢٠٠٤ ، ٩٠٠)

سياسة وعملية تعليم جميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف نظامية لكي يصبحوا من مسؤوليات معلم الصف النظامي الذي يدعمه أخصائيون.

(سمر أبو مرزوق ، ٢٠٠٤ ، ٣٢٠)

تربية وتعليم الأطفال غير العاديين في المدارس العادية مع تزويدهم بخدمات التربية الخاصة.

(وزارة التربية والتعليم ، ٢٠٠٥ ، ١٢٥)

تقديم كافة الخدمات والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة بعيدة عن العزل وهي بيئة الفصل الدراسي العادي بالمدرسة العادية ، أو في فصل خاص بالمدرسة أو ما يسمى بغرفة المصادر التي تقدم خدمتها لذوي الاحتياجات الخاصة .

(راندا مصطفي الديب ، ٢٠٠٧ ، ٤٩٥)

نوع من أنواع التفاعل بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين في ظل توفير أنماط حياتية لهؤلاء الأطفال داخل فصول العاديين اجتماعياً وتربوياً.

(انتصار محمد على ، ٢٠٠٨ ، ١٠١)

هو دمج الأطفال المعاقين جزءاً من فترات الدراسة النهارية مع زملائهم العاديين مع الاهتمام باحتياجاتهم الأخرى عن طريق الاستفادة من غرفة المصادر أو معلم التربية الخاصة .

(زكية شنه ، ٢٠٠٨ ، ١٥٥)

ومن العرض السابق لتعريفات الدمج يتضح أن:

الدمج حق طبيعي من حقوق المعاقين عقلياً لكي يتفاعلوا في بيئة طبيعية مع أقرانهم العاديين إلى أقصى مدى ممكن .

يؤكد على أن الدمج عبارة عن "أن يعيش المعاق عيشة آمنة فى كل مكان يتواجد فيه ، وأن يشعر بوجوده وقيمته كعضو فى أسرته ، وعدم شعوره بالعزلة والاغتراب داخل مجتمع النادي أو المجتمع العام ، أي يحقق قدر من التوافق والاندماج الشخصي والاجتماعي الفعال ، بجانب تواجده المستمر فى المدرسة وفى الصف الدراسي مع زميله من العاديين ، وأن يستفيد مثله مثل باقي العاديين من كافة الخدمات: التربوية والتثقيفية والأكاديمية والترويحية والرياضية والطبية وغيرها مع إيجاد لفرص عمل مع باقي العاديين فى المؤسسات المهنية المختلفة كل بحسب قدراته وإمكاناته".

تنوع التعريفات في تحديدها للدمج ما بين كلي أو جزئي أو تربوي أو اجتماعي ....إلخ.

عملية الدمج لم تأخذ حقها بالوضع المنصوص عنه في جمهورية مصر العربية.

٣-٢- أهداف الدمج:

حينما ظهرت فكرة الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين ؛ كان له مجموعة من الأهداف ؛ منها:

تقديم كافة الخدمات الطلابية للتلاميذ المعاقين وبجوار سكنهم.

توفير الفرص للتلاميذ المعاقين للاندماج مع التلاميذ العاديين فى المدارس العادية ومساعدتهم على تطوير قدراتهم التعليمية.

دمج المعاقين مع العاديين كاتجاه تربوي حديث تحقيقاً للعديد من الأهداف القومية والشخصية ، ولتحقيق عدم العزل عن المجتمع.

تمكن المدارس العادية من خلال المساعدة والتسهيلات الإضافية من تنفيذ المشروع والتعامل مع المشكلات التي قد يعانى منها ما يقرب من ٢٠% من التلاميذ فى المدارس.

التخفيف عن مدارس الأقسام الداخلية ، ومدارس المدن الكبرى.

خفض التكاليف الخاصة بمدارس المعاقين.

محاولة تغير المدارس العادية وتشجيعها لتبنى أساليب أكثر تطوراً وتمكينها من تقديم هذه الأساليب إلى الغالبية العظمى من الأطفال.

الدمج حق لكل معوق كأي طفل غير معوق فى الاستفادة من اقتصاديات المجتمع.

تعديل اتجاهات المعلمين والمدربين والتلاميذ العاديين وأولياء أمورهم ونظرتهم نحو المعاقين.

إتاحة الفرصة أمام المعاق للاندماج فى الحياة الطبيعية.

التأكد من قدرة المعاقين على متابعة الدراسة فى أقرب مدرسة محلية إلى جانب أقرانهم العاديين.

(انتصار محمد على ، ٢٠٠٨ ، ١١٩ ؛ زينب محمود شقير ، ٢٠٠٤ ، ٦٢١)

لهذا كان لابد من توافر عدد من الشروط لتحقيق عملية الدمج وتمثيل الأهداف السابق عرضها ؛ وهي:

اختيار المدرسة بشكل صحيح (مبنى معلم إدارة) .....إلخ.

التعامل مع أولياء الأمور وتحقيق التواصل فيما بينهم.

التشخيص والقياس للإعاقة بصفة مستمرة.

إعداد القائمين على التربية.

إعداد البرامج والمناهج التربوية.

اختيار مدرسة الدمج.

تهيئة الأسر وإعدادها.

تهيئة التلاميذ وإعدادهم.

(سمية طه جميل ، ٢٠٠٠ ، ١٩٤ ؛ سميرة أبو زيد عبده ، ٢٠٠٤ ، ٨٤٣)

٣-٣- مبررات الدمج:

عندما بدأت فكرة عزل ذوى الاحتياجات الخاصة فى مراكز داخلية خاصة بهم وبدأت هذه الفكرة بالمكفوفين وتبعتها فكرة عزل أو إقامة مدارس داخلية للمتخلفين عقليا والصم ، إلا أن نظام المدرسة الداخلية للأطفال المعاقين بالعديد قوبلت بالعديد من أوجه النقد ، ويرجع ذلك لظهور العديد من المشكلات والعيوب من هذا النظام أهمها:

أن هذا النظام يحجب رعاية الأسرة والآباء لأطفالهم المعاقين والذين هم فى حاجة ماسة لهذه الرعاية.

لا يتوافر فى المدارس الداخلية فرصة أمام المعاقين لإقامة علاقات اجتماعية مع أطفال آخرين عاديين من نفس أعمارهم ، والذي له بالغ الأهمية فى بناء شخصياتهم.

تتّبع المدارس الداخلية أنظمة صارمة فى التعامل مع الطفل المعاق مما يجعل الطفل المعاق يشعر وكأنه يعيش فى سجن.

مشاعر النقص والعار لوالدي المعاقين المقيمين بالمدارس الداخلية لمعرفتهم الأكيدة بنظرة المجتمع لهذه المدارس الداخلية أنه يقيم فيها ذوى العجز الجسمي أو العقلي الانفعالي.

غالبا ما يكون لهذه المدارس الداخلية نظام تعليمي مختلف عن النظام التعليمي العام ، مما يقيد حرية المعاق عن مواصلته تعليم مستقبله مع العاديين.

يأس بعض معلمي ذوي الحاجات الخاصة وعدم وجود استراتيجية فى ممارسة هذه المهنة بسبب شعورهم بأنهم يتعاملون مع أطفال غير عاديين.

ظهور مشاعر العدوان والسلبية والانطواء والتمرد بسبب انفرادهم وعزلتهم عن المجتمع الكبير.

(أشرف أحمد عبدالقادر ، ٢٠٠٧ ، ٢٩-٣١ ؛ زينب محمود شقير ، ٢٠٠٤ ، ٦٢٠-٦٢٣)

وعن الأهمية الكبرى للأخذ بمفهوم الدمج منذ الطفولة المبكرة ، فترجع إلى أن معايشة الصغار لأقرانهم من المعاقين تجعل تقبلهم لهم واتجاهاتهم نحوهم إيجابية وثرية وهو ما لا يتحقق فى حالة العزل حيث يعيش المعاقون فى عوالم مغلقة لا ترتبط بالحياة العادية ، فالدمج هو الوضع الطبيعي الذى ينبغي أن نأخذ به لكى نيسر تعلم المعاقين فى بيئة اجتماعية جاذبة ، حميمة ، تؤنس نفسية المعاق وتجعله ملتحما بجماعته الإنسانية دون اصطناع أو تكلف. وفوق ذلك كله يسمح الدمج باستثمار إمكانات التعلم التشاركى المتبادل الذى يتخذ فيه المتعلمون أدواراً بيئية يتبادلون من خلالها خبراتهم ومعلوماتهم .

(عبدالفتاح إبراهيم تركي ، ٢٠٠٤، ٤٨٤)

كما يمكن النظر إلى مبررات الدمج في الآتي:

١- نفسية: دمج الأطفال ذوى الحاجات الخاصة فى نظام التعليم العام يساعد على تحقيق عدة أهداف على الصعيد النفسى والاجتماعي والمعرفي لعل أهمها توسيع قدرات الطفل الإدراكية والمعرفية من خلال احتكاكه وتفاعله مع أقرانه الأسوياء مما يكسبه مهارات وقدرات تمكنه فيما بعد من الانخراط فى المجتمع الواسع بشكل طبيعي وبصعوبة أقل وتساعد عملية الدمج على النمو النفسى والعاطفي ضمن إطار طبيعي وبالتالي تحد من الآثار السلبية التى تسببها الإعاقة بشكل عام.

٢- اجتماعية: تمكن الطفل ذي الحاجة الخاصة من الالتحاق ببرامج تعليمية ومشاركة أقرانه السامعين فى المؤسسة التعليمية له أثر واضح وإيجابي فى التخفيف على الأسرة ويساعدهم على الإحساس بالعادية وتخليصهم من المشاعر والاتجاهات السلبية المرتبطة بوجود طفل ذو حاجة خاصة فى الأسرة وعلينا ألا ننسى أن الدمج التربوى الشامل يقدم للتلاميذ المعاقين عددا من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية مما يساعد على حدوث نمو اجتماعى أكثر ملاءمة ويقلل من الوصم بالإعاقة والتصنيف الذى يصاحب برامج العزل. كما يتيح دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة التعرف على أطفال آخرين يختلفون معهم ببعض الصفات عن قرب والإحساس بمشاكلهم والتعرف على حاجتهم.

٣- اقتصادية: مراكز ومؤسسات تعليم ذوى الحاجات الخاصة مكلفة جدا ويعود السبب فى ارتفاع التكلفة فى هذه المراكز إلى حاجتها إلى طاقم عمل كبير مكون من مدرسين وأخصائيين وإداريين وتكاليف أخرى مع انخفاض نسبة الأطفال لكل معلمه حيث يتراوح العدد لكل مدرسة بين ٥ إلى ٨ أطفال.

(Boxter et al., 2001 , 15)

٣-٤- أشكال الدمج:

ويتخذ إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس العاديين صوراً وأشكالاً شتى ، من أكثرها انتشارا ، هو:

٣-٤-١- الدمج الكلى (طوال اليوم):

بوضع ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول العاديين طول الوقت ، على أن يتلقى معلم الفصل العادي المساعدة الأكاديمية اللازمة من معلمين أخصائيين استشاريين أو زائرين يفدون إلى المدارس عدة مرات أسبوعيا لتمكينه من مقابلة الاحتياجات التعليمية الخاصة للتلاميذ ، ويفضل الدمج الكلى بالنسبة لذوى الإعاقات البسيطة أو الخفيفة كضعاف السمع والإبصار ، والمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة وفي هذا الشكل من الدمج بكل من الاحتياجات التعليمية الأكاديمية والنفسية والاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة حيث يكفل الحصول على الخدمات اللازمة وسط أقرانهم العاديين.

(راندا مصطفي الديب ، ٢٠٠٧ ، ٤٩٥)

٣-٤-٢- الدمج الجزئى (لبعض الوقت):

بوضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من الوقت يوميا ، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم فى فصل مستقل أو عدة فصول خاصة لتلقى مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة على يد معلمين أخصائيين سواء فى مواد دراسية معينة أو فى موضوعات محددة وذلك عن طريق التعليم الفردي أو داخل غرفة المصادر داخل المدرسة ذاتها.

(آمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٥ ، ٣٨-٣٩)

٣-٤-٣- الدمج المكاني والاجتماعي:

يتم تجميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة المتماثلة من حيث نوع الإعاقة فى فصول دراسية خاصة داخل نطاق المدارس العادية ، بحيث يتعلمون فيها وفقا لبرامج واستراتيجيات دراسية خاصة تناسب احتياجاتهم غالبية الوقت ، وتقتصر مشاركتهم مع أقرانهم العاديين على الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة والأنشطة اللامنهجية ، وفى الأنشطة الاجتماعية المدرسية والرياضية والفنية والرحلات ، ويتسم هذا الشكل من الدمج على الأقل بتقليل البعد المادي بين ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين ، وتلبية الاحتياجات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بينهم.

(محمد مقداد ، ٢٠٠٨ ، ٧٣)

٣-٤-٤- الدمج الزمني والمكاني:

يتلقى ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم لبعض الوقت على مدار ساعات أو عدة أيام متصلة فى مدارس خاصة بهم ، ويسمح لهم بقضاء بقية الوقت بمدارس عادية فى نطاق البيئة المحلية.

(آمال عبدالسميع باظه ، ٢٠٠٥ ، ٣٨-٣٩)

وهناك على الوجه الآخر العديد من النماذج التي توضح صور عملية الدمج ، منها:

نموذج مجموعة الدمج : وتتكون المجموعة من عدد كبير من أطفال التربية الخاصة (١٠-١٢) طفلاً داخل الفصول النظامية ، وفي هذا النموذج يوجد اثنان من المدرسين يعملان معاً في نفس الفصل الدراسي ، كل منهما يتعامل مع النوعية المؤهل لها ، ويعتمد نجاح هذا النموذج على قوة وطبيعة التعاون بين مدرسي التربية الخاصة والعاديين.

نموذج التعليم العلاجي: ويطبق هذا النموذج في الفصلين الأولين من فصول المدرسة الابتدائية ، ويشمل الأطفال المشتبه في وجود صعوبات خاصة لديهم ، وبالرغم من أنهم لم يشخصوا رسمياً ، ويعتبر هذا نموذجاً للتدخل المبكر لتمكين الطفل من الاستمرار في التجربة التعليمية من خلال الفصول النظامية ، ويتم التعليم العلاجي في مجموعات صغيرة من الأطفال التي تتشابه مشكلاتهم وصعوباتهم المدرسية.

نموذج مراكز التعلم: ويطبق هذا النموذج في المدارس العليا الصغيرة خاصة الأطفال المعاقين المدمجين في فصولهم النظامية ومن خلال مراكز التعليم يحصل الطفل على معاملة علاجية فردية مبرمجة ومنظمة ومركزة على المواد الدراسية التي يعاني من صعوبة خاصة فيها ، ومن ثم يتم إعداد برنامج فردي خاص لكل طفل بواسطة مدرس المراكز التعليمية يعمل في تعاون مع مدرس الفصل الدراسي المنظم.

نموذج الدمج الكلي: وفي هذا النموذج يعتبر فصل التربية الخاصة هو الفصل الأم ، ولكن بالنسبة للأنشطة الاجتماعية فإن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يندمجون مع الأطفال العاديين ، وهذا النموذج يكون محدوداً نسبياً في تحقيق أغراض الدمج الاجتماعي .

(إيمان فؤاد كاشف وعبدالصبور منصور ، ١٩٩٨ ، ٨١٦-٧١٨)

ومن العرض السابق لصور الدمج يتضح للباحثة أن الدمج المتوافر في مدارس التعليم العام للأطفال المتخلفين عقلياً يتمثل في صورة الدمج الجزئي من النوع المكاني والاجتماعي من حيث نوع الإقامة في فصول ملحقة خاصة داخل نطاق مدارس العاديين ، ويتعلمون وفق برامج خاصة تتشابه مع أقرانهم غير المدمجين ، وتقتصر مشاركتهم مع العاديين في بعض الأحيان في فترات الراحة والأنشطة اللاصفية.

وبناء على ذلك ، يجب أن نقرر حقيقة مؤداها أن نجاح فلسفة نظام الدمج يعتمد بالدرجة الأولى على تغيير اتجاهات المجتمع نفسه نحو ذوى الاحتياجات الخاصة (الذين ينحرفون انحرافا سالبا عن المتوسط) ، وهذا يتطلب تكاتف علماء الدين مع المتخصصين في (التربية الخاصة) من خلال وسائل الإعلام (التليفزيون الإذاعة الصحف المجلات ... الخ) كفريق عمل واحد لتوضيح قضية ذوى الاحتياجات الخاصة وحاجاتهم الملحة إلى تضامن وعطف هذا المجتمع مما ينعكس إيجابا على أساليب تعليمهم وتدريبهم.

٣-٥- دمج الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بفصول العاديين:

ساد الاتجاه الجديد نحو محاولة دمج الأطفال المعاقين عقليا مع العاديين في فصولهم ، وذلك مردده أن الحاق المعاقين عقلياً بفصول العاديين يجعلهم يكتسبون الخصائص السوية بينما عزلهم في مؤسسات خاصة يحرمهم من ذلك ويكسبهم خصائص التخلف ويوصمهم بها.

فنظام الدمج الكامل يحقق الأداء الاجتماعي والحركي الجيد .

(Burer , 1983 , 48 ; Rao , 1999 , 1)

فالتلميذ العادي يكون على إستعداد كامل في مساعدة زميلة المعاق عقلياً المدمج معه في نفس الفصل مما يكسب المعاق السلوك الاجتماعي المقبول وقدر أعظم من التحديات لتعلم المهارات الاجتماعية والتحصيلية.

ولكن الأخذ بهذا النظام يواجهه العديد من المشكلات ، منها:

أن الطفل المعاق عقلياً لا يستفيد من وراء هذا النظام لأن زملائه الأسوياء يدرسون في مستوى دراسي أعلى بكثير من مستوى إدراكه وتحصيله.

أن الأطفال المعاقين عقلياً يصبحون كنتيجة طبيعية لذلك قد يواجهون بالتهكم والنبذ من زملائهم مما يؤدي في النهاية إلى التأثير على تكامل الفصول ونظام العمل بها.

أن المدرس غالباً ما يكون غير معد إعداداً كافياً لمثل هذا النوع من التعليم وبالتالي ينقصه فهم هؤلاء الأطفال ويصعب عليه مع وجود الأعداد الكبيرة مراعاة الفروق الفردية بينهم.

(حسام إسماعيل هيبة ، ١٩٨٢ ، ٧٨ ؛ ناصر على الموسي ، ١٩٩٩ ، ١٥٤)

٣-٦- تقييم الدمج:

أ- فوائد الدمج:

من خلال مراجعة الباحث للأدبيات في مجال الدمج التربوي، خلصت إلى أهم فوائد الدمج في الآتي:

-احتكاك الأطفال المعاقين عقلياً بأقرانهم العاديين في سن مبكرة يسهم كثيراً في تحسين اتجاهات الأطفال العاديين نحو أقرانهم المعاقين عقلياً، كما يسهم أيضاً في تحسين اتجاهات الأطفال المعاقين عقلياً نحو أقرانهم العاديين.

-زيادة التقبل الاجتماعي للأطفال المعاقين عقلياً من قبل أقرانهم العاديين، ومن ثم فإن التدريس لهم في الفصول العادية يمكنهم من محاكاة وتقليد سلوك الأطفال العاديين، فيزداد التواصل والتفاعل الاجتماعي معهم.

-إيجاد بيئة تعليمية تشجع على التنافس الأكاديمي بين جميع التلاميذ، الأمر الذي يسهم في رفع مستوى الأداء الأكاديمي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

-يتيح للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة فرصة البقاء في منازلهم مع أسرهم طوال حياتهم الدراسية، الأمر الذي يمكنهم من أن يكونوا أعضاء عاملين في أسرهم وبيئاتهم الاجتماعية، كما يمكن هذه الأسر والبيئات الاجتماعية من القيام بالتزاماتها تجاه أولئك الأطفال.

-يشكل وسيلة تعليمية مرنة ، يُمكن من خلالها زيادة وتطوير وتنويع البرامج التربوية المقدمة للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

-إيجاد بيئة واقعية، يتعرض فيها الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة إلى خبرات متنوعة، ومؤثرات مختلفة من شأنها أن تمكنهم من تكوين مفاهيم صحيحة واقعية عن العالم الذي يعيشون فيه.

-الحد من المركزية في عملية تقديم البرامج التعليمية، وهذا يهيئ الأرضية التي تمكن المجتمعات المحلية من التأثير في مجريات عملية تربية أبنائهم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، كما يتيح الفرصة أيضا للمؤسسات التعليمية المحلية المختلفة أن تستفيد من تجربة تربية هؤلاء الأبناء.

- تعميق فهم المربين للفروق الفردية بين الأطفال، كما يظهر للمتخصصين وغير المتخصصين على حد سواء وأن أوجه التشابه بين التلاميذ العاديين وأقرانهم غير العاديين أكبر من أوجه الاختلاف.

- إيجاد بيئة اجتماعية يتمكن فيها الأطفال العاديين من التعرف - بشكل مباشر - على نقاط القوة والضعف عند أقرانهم المعاقين عقلياً مما يؤدي إلى الحد، أو التخلص من أية مفاهيم خاطئة قد تكون موجودة لديهم.

(ماجدة السيد عبيد ، ٢٠٠٠ ، ٢٠٤ ؛ ديان براديلي وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ٢١)

وعن الدمج الاجتماعي ؛ تتمثل فوائده ، في:

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة بعض السلوكيات السليمة من العاديين.

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة المهارات اللغوية ونطق الحروف والكلمات بطريقة صحيحة من العاديين.

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة الاعتماد على النفس ، الثقة بالنفس ، دافع الإنجاز من العاديين.

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة المهارات الحركية السليمة من خلال المشاركة فى الأنشطة الرياضية مع العاديين.

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة مهارات التذوق والتعبير الفني والتوافق الاجتماعي من خلال المشاركة فى الأنشطة الفنية والاجتماعية مع العاديين.

اكتساب ذوى الاحتياجات الخاصة أساليب التفكير المختلفة ومهارات حل المشكلات فى أثناء التعرض للمشكلات اليومية من العاديين.

(جمال محمد الخطيب ، ٢٠٠٤ ، ١٤١ ؛ عادل سعد خضر ، ١٩٩٢ ، ٨٨)

أما الفوائد من المنظور النفسي لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" للدمج فتشمل:

- زيادة الدافعية
- زيادة الثقة بالنفس
- تطور التفاعل الاجتماعي
- تحسن في المستوى الأكاديمي
- تكوين الأصدقاء
- زيادة الحصيلة اللغوية
- تحسن مستوى التعاون
- تحمل المسئولية التوافق المهني
- تحسن المهارات الاستقلالية
- تحسن مفهوم الذات
- انجاز المهمة
- تعديل السلوك

(محمد مقداد ، ٢٠٠٨ ، ٦٧-٦٨)

ب- سلبيات الدمج

لما كان الدمج سلاح ذو حدين فكما أن له إيجابيات كثيرة – كما سبق عرضها - فإن له بعض السلبيات أيضا وهو قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات:-

- إن عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيداً في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى إفشال برامج الدمج مهما تحققت له من إمكانيات .

- قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وباقي تلاميذ المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والعلامات كمعيار أساسي ، وقد يكون وحيدا في الحكم على الطالب.

- إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوافرا في مراكز التربية الخاصة.

- قد يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني فقط ، الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بين التلاميذ وباقي تلاميذ المدرسة العادية لتخفيف من العزلة .

o قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات خاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعاق وإمكانياته حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم في حين أن الطفل المعاق يحتاج إلى تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفية.

(Boxter et al., 2001 , 15)

كما تتبلور سلبيات الدمج الاجتماعي إجماليا فيما يلى:

وصم العاديون ذوى الاحتياجات الخاصة.

إساءة معاملة العاديون لذوى الاحتياجات الخاصة ووصمهم بألفاظ الإعاقة التى تلعب دوراً سلبياً فعالاً فمرورهم بسلسلة من الضغوط النفسية ، التى تؤثر على ذواتهم وتعاملهم مع الآخرين .

تأثر العاديون بتقاليد وعادات ذوى الاحتياجات الخاصة السلبية.

خوف أباء وأمهات العاديون من انخفاض المستوى الأكاديمي لأبنائهم نتيجة دمجهم مع ذوى الاحتياجات الخاصة.

الضغوط النفسية التى يعانى منها ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة عدم قدرتهم على مسايرة التقدم سواء الأكاديمي أم الاجتماعي أم الرياضى الذى يحرزه أقرانهم العاديين.

(جمال محمد الخطيب ، ٢٠٠٤ ، ١٤٨)

أما عن السلبيات من الناحية النفسية ؛ تتمثل في:

- الإحباط
- الفشل
- العدوان
- الهروب
- الخوف من المدرسة وكراهيتها
- الانطواء
- العناد والعصيان
- السرحان

(Boxter et al., 2001 , 15)

٣-٧- معوقات عملية الدمج:

تتمثل تلك المعاقات في العديد من المشكلات ، منها:

أ- مشكلات الإدارة المدرسية:

عدم فهم واستيعاب أساليب الإدارة المدرسية الحديثة والتى تبنى كل نظرياتها وأهدافها على تنمية القدرات لدى التلاميذ واستثمار كافة القدرات لديهم.

تركيز الإدارة المدرسية ينصب بشكل كبير على متابعة الأطفال العاديين فقط دون إبداء أى اهتمام بالأطفال غير العاديين.

عدم وجود متابعة مباشرة من قبل الإدارات التعليمية والموجهين لمتابعة هذه الفصول بنفس الكيفية لفصول غير العاديين وعدم تطبيق الخطط التربوية والأساليب الحديثة فى التربية وبخاصة مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

ب- مشكلات أولياء الأمور:

رفض أولياء الأمور لتواجد هؤلاء الأطفال مع أبنائهم العاديين خشية من تعطيلهم وعدم الاستفادة من تواجدهم فى المدرسة لأنهم يرون أن الوقت يجب أن يكون مخصص لأولادهم العاديين وهذه فلسفة تعكس نظرة المجتمع المصري للمعاق وهى نظرة قاصرة وظالمة.

مازال المجتمع المصري يختلف عن مجتمعات كثيرة بسبب النظرة القاصرة والفهم غير الواعى لتجربة الدمج.

ج- الظروف الاقتصادية:

مصر تأتى فى المرتبة الثالثة عشر فى الدول التى تنفق على مجال الإعاقة وهذا الترتيب نفخر به لأن مصر سبقت دول كثيرة ، وهو جهد مشكور ولكن المشكلة الواقعية تظهر عكس ذلك حيث يتم التوظيف للمخصصات المالية بطريقة خطأ ، حيث تصرف الحوافز ٨٠% لاثنين فقط من العاملين داخل المدرسة للمدرسين الذين يعملون مع هؤلاء الأطفال المعاقين وباقى المدرسين والمدرين لا تصرف لهم هذه الحوافز مما يكون معوقا فى إنجاح التجربة.

عدم توافر الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المؤهلين لمثل هذه المدارس الملحقة بها فصول للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

(عادل عبدالله محمد ، ٢٠٠٧ ، ٥١)

د- مشكلات التلاميذ:

من خلال متابعة الباحث الدقيقة لهذه الفصول بصفة مستمرة وجدت الآتى:

النفور التام والاستهزاء المستمر من الأطفال العاديين للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

وبذلك يمكن القول أن مشروع الدمج المتبع في مدارس التعليم العام ما هو إلا نوع من الدمج يسمي الدمج الجزئي المكاني والزماني فقط.

الفصل الرابع

الدراسات السابقة

المحور الأول : دراسات تناولت بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم"

المحور الثاني : دراسات تناولت تأثير الدمج والعزل على بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم"

المحور الثالث : دراسات تناولت دمج الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم" بصفة عامة

الدراسات والبحوث السابقة:

يعرضها الباحث في محاور ثلاثة:

- المحور الأول : دراسات تناولت دمج الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم" بصفة عامة.

- المحور الثاني : دراسات تناولت بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم".

- المحور الثالث : دراسات تناولت تأثير الدمج والعزل على بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم".

المحور الأول : دراسات تناولت دمج الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم" بصفة عامة.

وفي إطار تلك الدراسات ؛ فقد بحث كل من Romning & Nabuzoka (١٩٩٣) التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في زامبيا ، حيث تم المزاوجة بين (٨) أطفال متخلفين عقلياً بالمرحلة الابتدائية مع عدد مماثل لهم من الأطفال غير المتخلفين عقلياً ، وتم تدريبيهم على مهارات اللعب الجماعي معاً عن طريق المعلم خلال (٦) أسابيع بمعدل مرة واحدة يومياً لمدة (٢٠) دقيقة ، وتم تقييم التفاعل الاجتماعي من خلال استمارة ملاحظة يومية بواسطة المعلم ، وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال .

وقام Dawning (١٩٩٦) بالتعرف على أثر دمج تلاميذ التعليم الابتدائي الذين لديهم توحديه وضعف عقلي على سلوكهم الاجتماعي ، ومن أجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة (٣) تلاميذ لديهم أعراض توحدية وضعف عقلي في فصول نموذجية ومدارس قومية ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة في التفاعلات الاجتماعية للأطفال الثلاثة قبل وبعد الدمج في (التفاعلات الاجتماعية مع الأقران ، زيادة الضبط الذاتي ، القدرة على إتباع نظم الفصل ، نمو المهارة الأكاديمية) .

وفحصت إيمان فؤاد كاشف (١٩٩٩) فعالية برنامج الأنشطة المدرسية فى دمج الأطفال المعاقين (عقليا - سمعيا) مع الأطفال العاديين ، شملت العينة (٤٠) طفلا (١٠ معاق عقليا) ملحقين بالفصول الملحقة بمدرسة كفر الأشراف الابتدائية، أطفال عاديين من نفس المدرسة، (١٠) أطفال معاقين سمعيا ملحقين بفصول الأمل للصم بمدرسة الشهيد عاطف السادات ببلبيس ، (١٠) أطفال عاديين من نفس المدرسة. واستخدم برنامج للأنشطة يهدف لتشجيع التلاميذ المعاقين والعاديين على الحديث واللعب معاً من إعداد إيمان فؤاد كاشف ، مقياس السلوك التكيفى إعداد فاروق صادق ١٩٨٥، استبانه تقبل الطفل العادى للطفل المعاق، استبانه تقبل المعلمين لفكرة الدمج وهما من إعداد الباحثة وعبدالصبور محمد ١٩٩٨م. وتبين أن القياس القبلى للأطفال المعاقين عقليا والمعاقين سمعيا أعلى من القياس البعدى لأبعاد السلوك التكيفى السلبي: السلوك المدمر والعنيف، السلوك المضاد للمجتمع، سلوك التمرد والعصيان، سلوك لا يوثق به، الانسحاب، السلوك النمطى، السلوك الاجتماعي غير المناسب، عادات صوتية غير مقبولة، عادات غير مقبولة أو شاذة، سلوك يؤذى النفس، السلوك الشاذ جنسيا، الاضطرابات النفسية والانفعالية، وباستخدام اختبار Wilcoxon لدلالة الفروق بين الرتب تراوحت قيمة "ح" بين ٢,٠٢- ٢,٨٠ دالة عند ٠,٥ أو ٠,١)،

وكان القياس البعدى للأطفال العاديين أعلى من القياس القبلى على أبعاد استبيان الدمج للأطفال المعاقين عقليا، والمعاقين سمعيا وأمثلة لبعض الأبعاد أمر طبيعيى أن يتعلم الطفل المعاق معنا فى المدرسة، يجب إشراك الأطفال المعاقين فى الرحلات الجماعية بالمدرسة، أشارك فى حصص الرسم والألعاب مع زملائى المعاقين (قيم "ح" تتراوح بين ٢,٥٢ – ٢,٨٠ دال عند ٠,٥ أو ٠,١)، كما كان القياس البعدى للمعلمين أعلى من القياس القبلى لهم على أبعاد استبانه تقبل تجربة الدمج (تترواح بين ٣,٤١- ٤,١٩ دالة عند ٠,١).

وتحققت كذلك أميرة طه بخش (٢٠٠٠) من فعالية برنامج ارشادى لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو دمج المتخلفين عقليا معهم بالمدرسة وأثره على السلوك التكيفى للتلاميذ المتخلفين عقليا ، شملت الدراسة (٢٠) تلميذة من التلميذات العاديات مقسمين إلى مجموعتين أحداهما تجريبية (ن=١٠) تم تطبيق برنامج إرشادي عليهم، والأخرى ضابطة (ن=١٠) تراوحت أعمارهن بين (٤) سنوات، (٣) شهور إلى (٦) سنوات بمتوسط عمري (٥,٤١ سنة ± ٣,١٢)، بالإضافة إلى (١٠) تلميذات متخلفات عقليا تتراوح أعمارهن بين (٥,٥ – ٨,٥ سنة)، واستخدم مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء إعداد عبد السلام ومليكه (١٩٨٨)، ومقياس تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٨٨)، ومقياس اتجاهات الأطفال العاديين نحو الدمج إعداد إيمان كاشف وعبد الصبور منصور (١٩٩٣)، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٩٨)

، والبرنامج الإرشادي إعداد أميرة طه بخش. أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية أعلى من المجموعة الضابطة فى الاتجاه نحو الدمج (ت=٢,٨٨ بدلالة ٠,٠١)، كما كانت نتائج القياس البعدي للمجموعة التجريبية أعلى من نتائج القياس القبلي في الاتجاهات نحو الدمج (ت=٦,٧١ بدلالة ٠,٠١)، ولم توجد فروق دالة في القياسيين البعدي ولتتبعي للمجموعة التجريبية في الاتجاه نحو الدمج كما كانت نتائج القياس البعدي لمجموعة الأطفال المتخلفين عقليا أعلى من نتائج القياس القبلي في السلوك التكيفي وأبعاده النمو اللغوي (ت=٦,٨٧)، الأداء الوظيفي (ت=٦,٥٢)، والأعمال المنزلية (ت=٢,٨٢)، والنشاط المهني (ت=٦,٩٩)، والنضج الاجتماعي (ت=٦,٩٩)، والمجموع الكلى (ت=١٧,٨٧) وجميعها بدلالة ٠,٠١، ولم توجد فروق دالة في القياس البعدي والتتبعي لمجموعة الأطفال المتخلفين عقليا في السلوك التكيفي وأبعاده.

وحاول محمد إبراهيم عبدالحميد (٢٠٠٣) وضع تصور لمجموعة من الأنشطة تمكن الطفل المتخلف عقليا من التفاعل مع الطفل السوى فى مرحلة ما قبل المدرسة ، تدريب حواس الأطفال المتخلفين عقليا ، تنمية التوافق الشخصى والاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا من خلال عملية التفاعل والدمج مع ذويهم من الأطفال الأسوياء ، التحقق من فاعلية دمج الأطفال المتخفين عقليا مع الأسوياء فى بعض الأنشطة ،

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلا فى مرحلة ما قبل المدرسة منهم (١٠) أطفال مصابين بالتخلف العقلي (فئة قابلين للتعلم) ، (١٠) أطفال من الأسوياء ، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات عينة الأطفال المتخلفين عقليا الذين تم دمجهم ومتوسط درجات عينة الأطفال المتخلفين عقليا الذين لم يتم دمجهم بالنسبة للتوافق الشخصى والاجتماعي لصالح عينة الدمج ، هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط عينة الأطفال المتخلفين عقليا الذين تم دمجهم ومتوسط درجات عينة الأطفال المتخلفين عقليا الذين لم يتم دمجهم بالنسبة للبرامج المستخدمة لصالح عينة الدمج ، هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات عينة الأطفال المتخلفين عقليا بعد الدمج ومتوسط درجات عينة الأطفال العاديين بعد الدمج بالنسبة للاستجابة للبرامج والأنشطة لصالح الأطفال العاديين.

وتحققت مريم السيد نور الدين (٢٠٠٤) من أثر دمج الأطفال ذوي التأخر العقلي البسيط في مرحلة ما قبل المدرسة مع الأطفال الأسوياء في تنمية بعض العمليات المعرفية (الانتباه والمعالجة المتأنية والمعالجة المتعاقبة للمعلومات) لديهم ، واستعانت الدراسة بعينة من الأطفال المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة من متلازمة داون ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير إيجابي لمتغير الدمج في المعالجة الآنية للمعلومات وحدها ، كما وجد تأثير دال لمتغير التدريب في الانتباه والمعالجة الآنية والمتعاقبة للمعلومات .

ومن العرض السابق لدراسات وبحوث المحور الأول يتضح أن:

الدمج قد يكون فعالاً في تخفيف العديد من المشكلات النفسية أو يكون غير فعال وعديم الجدوى ، وهذا يتوقف بدوره على الإجراءات المتبعة في عملية الدمج كان يكون الدمج اجتماعي فقط أو دراسي أو غير ذلك.

الدمج سلاح ذو حدين إما أن يزيد من حدة المشكلات لدى الطفل المعاق عقلياً أو يخفف من تلك الحد وذلك يتوقف على الإجراءات المتبعة فيه.

الدمج يحتاج إلى إعدادات خاصة وليس مجرد وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العادين فقط.

الدمج إتجاه حديث تنادي به معظم المؤتمرات في مجال خدمة وتعليم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

المحور الثاني : دراسات تناولت بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم".

وفي إطار تلك الدراسات ؛ فقد فحصت عفاف محمد عبد المنعم (١٩٩١) المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بمدارس التأهيل الفكري . وتم تقسيم عينة الدراسة إلى قسمين الأول يضم (٢٣) فردا من المعلمين والمشرفين والآباء والقائمين بالعملية التعليمية قابلتهم عفاف محمد عبد المنعم بغرض تحديد أهم المشكلات لدى الأطفال .والقسم الثاني شمل عينة من الأطفال المعاقين لمدارس التأهيل الفكري تكونت من (٤٢) طفلا ، (٤١) طفلا من الأطفال العاديين بالمدارس الابتدائية من نفس سن عينة المعاقين عقلياً . وكان المتوسط الحسابي للعمر الزمني لعينة المعاقين عقلياً ١٣,٢٩ سنة بانحراف معياري ١,٦ بينما كان المتوسط الحسابي للعمر الزمني لعينة العاديين ١٣,٤ بانحراف معياري قدره ٠,٩٢ . وتوصلت الدراسة إلى نتائج كان من أهمها أن الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من مشكلات سلوكية ترتبت وفقا لتكرارها في آراء الآباء والمشرفين والقائمين بتعليم هذه الفئة على النحو التالي «العدوان ، العنف ، المشكلات الأخلاقية ، النشاط الزائد ، المشكلات الاجتماعية والمشكلات الصحية واللزمات الحركية العصبية ، مشكلات السلوك الدافعي ونقص الدافعية ، مشكلات السلوك اللفظي.

وفحص Dave (١٩٩٣) الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وتآلفت عينة الدراسة من (٤٠) من الأطفال المعاقين عقلياً من الملتحقين بمدارس التربية الخاصة من الجنسين واستخدم Dave اختبارا لتحديد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال . وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود عدد من السلوكيات الشاذة والاضطرابات السلوكية لديهم كان من أهمها النشاط الزائد ووجود قدر كبير من التعارض والتناقض فيما يقوم به الطفل من سلوكيات هذا بالإضافة إلى معاناة هؤلاء الأطفال من كثير من السلوكيات النمطية الشاذة وغير المقبولة ونزوعهم الدائم نحو العدوانية ضد الذات والآخرين .

وقام Goe (١٩٩٤) بدراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً المصابين بأعراض داون وعلاقاتها بأحداث الحياة . وتآلفت عينة الدراسة من (٨٨) طفلا من الجنسين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٥) سنة ؛ قسموا إلى مجموعتين (الأولي ٤٤ طفلا من الأطفال المعاقين المصابين بأعراض داون - الثانية ٤٤ طفلا من الأسوياء) ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعتين من المعاقين والأسوياء

حيث تبين أن الأطفال المعاقين عقلياً كانوا يعانون من حد أكبر من المشكلات السلوكية الخاصة بالنسبة للسلوك الانسحابي الاجتماعي بأبعاده الثلاثة التي تشمل الانطواء والخجل والميل إلى الجمود وعدم النشاط الحركي ، كما تبين وجود ارتباط دال بين تزايد السلوك الانسحابي والاجتماعي وعدم قدرة الأطفال المعاقين عقلياً على الحصول على المساندة والدعم اللازم لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

وتعرف Walz (١٩٩٦) على الفروق الموجودة بين المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من حيث السلوك التوافقي والمشكلات الانفعالية واثر هذه المشكلات على نمو السلوك العدواني لدى هؤلاء الأطفال ، تكونت عينة الدراسة من (٣٩) طفلا من الأطفال المعاقين عقلياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة من الجنسين منهم (١٩) طفلا من الأطفال العدوانيين (٢٠) طفلا من الأطفال غير العدوانيين . وقد استخدم Walz في دراسته مجموعة من الأدوات كان من أهمها : استمارة لجمع البيانات . وقائمة لحصر الاضطرابات السلوكية بالإضافة إلى مقياس للحالة الانفعالية لدى هؤلاء الأطفال ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين أفراد المجموعتين من الأطفال العدوانيين وغير العدوانيين في المشكلات والاضطرابات السلوكية ؛

حيث تبين أن الأطفال العدوانيين كانوا يعانون من قدر أكبر من الانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية وعدم القدرة على التعبير عن أنفسهم أكثر من أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً غير العدوانيين مما يؤكد وجود علاقة دالة موجبة بين المشكلات السلوكية ونمو العدوانية لدى هؤلاء الأطفال .

وبحث كل من صلاح مراد ، أمان محمود (١٩٩٨) الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، شملت عينة الدراسة (٧٠) طفلا من المعاقين عقلياً مستوى ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) كما إنها اشتملت على (٧٠) طفلا من الذكور والإناث العاديين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (٦-١٢) سنة وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات (مجموعة من الأطفال بمدارس التربية الفكرية وقوامها ٣٥ طفلا من المعاقين عقلياً - مجموعة من الأطفال غير الملتحقين بالمدارس وتحت رعاية المؤسسات الخيرية وقوامها ٣٥ طفلا من المعاقين عقلياً -كما اختيرت مجموعة من الأطفال الأسوياء حجمها (٧٠) طفل وطفلة من المدارس العادية لمقارنتهم مع عينة المعاقين عقلياً في أبعاد الحالة المزاجية ومركزية الذات) . وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين الأطفال العاديين

والمعاقين عقلياً في جميع أبعاد متغيرات الدراسة مما يشير إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً أكثر اضطراباً وضعفاً في التآزر الحركي ونقصاً في التوجيه الزماني والمكاني وضعف في تذكر وفهم اللغة المنطوقة والفهم السماعي وأقل اجتماعيا وتعاونا من العاديين وأقل ثقة بالنفس ، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في أبعاد الحالة المزاجية وتقدير السلوك ومركزية الذات ، أما من حيث الفئة العمرية فقد دلت النتائج عن وجود فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي الحالة المزاجية الكلية ومستوى العدوانية لصالح الكبار وهذا يعني أن الكبار كانوا أكثر عدوانية من الصغار ، كما أن حالتهم المزاجية أكثر تذبذباً واضطراباً من الصغار.

وأعد وجرب أشرف على شلبى (٢٠٠٠) برنامج سلوكي لخفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً . وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٣) عاماً من الأطفال المعاقين عقلياً . تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، وتراوحت نسب الذكاء ما بين (٥٥ : ٦٩) درجة . وشملت أدوات الدراسة مقياس ستانفورد – بينية لقياس الذكاء ، ومقياس السلوك التوافقى ترجمة صفوت فرج . وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى سلوك العنف لدى الأطفال المتخلفين عقليا بين القياس القبلى والبعدى لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج .

وفحص محمد أحمد خطاب (٢٠٠٠) فاعلية برنامج سيكودرامى فى الحد من سلوك العنف لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا من سن (١٢– ١٥) عاماً بنسبة ذكاء ما بين (٥٠ :٧٠) وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً . واستخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بينية الصورة الرابعة لقياس الذكاء . مقياس السلوك التوافقى ج٢ ، دراسة الحالة ، استمارة ملاحظة سلوك العنف (خاصة بالمدرسين والإحصائيين النفسيين والاجتماعيين) واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادى الثقافى . وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فى سلوك العنف بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية مما يرجع إلى تأثير وفعالية البرنامج السيكودرامى فى تخفيف حدة سلوك العنف لدى المعاقين عقلياً .

وقام أيمن محمد الديب (٢٠٠١) باستخدام نموذج PASS فى التشخيص الفارقى لعينة من ذوى الحاجات الخاصة المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) ، واستهدف التعرف على مدى كفاءة نموذج PASS فى تشخيص العمليات المعرفية والتنبؤ بالتحصيل فى (القراءة ، الرياضيات ، الإملاء ومفاهيم القراءة الأساسية) لدى الأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) ،

تم التطبيق على عينة قوامها (٢٠) طفلا متخلفا عقليا من فئة (القابلين للتعلم) مقيدا بمدرسة التربية الفكرية بالهرم ، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٠-١٧) سنة ، وتضمنت (١٨) طفلا ، وطفلتان ، وتم استخدام (بطارية اختبارات منظومة التقدير المعرفى CAS مقياس ستانفورد بينيه لقياس الذكاء الصورة الرابعة مقياس السلوك التوافقى تعريب/فاروق محمد صادق ١٩٨٥) ، وتم التوصل إلى أن الأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) لديهم قصور واضح فى التجهيز المعرفى ، وجود ارتباط دال وموجب بين الأداء على عملية التخطيط والتحصيل فى الرياضيات والإملاء لديهم ، وجود ارتباط دال وموجب بين الأداء على عملية الانتباه والتحصيل فى الرياضيات والقراءة والإملاء ومفاهيم القراءة الأساسية لديهم ، وجود ارتباط دال وموجب بين عملية التآنى والتحصيل الدراسى لديهم .

وتحقق رأفت عوض خطاب (٢٠٠١) من مدى فاعلية برنامج إرشادي قائم على اللعب الجماعي للأطفال العدوانيين من الأطفال المعاقين عقلياً . وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) طفلا من الأطفال المعاقين عقليا ذوى السلوك العداونى ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بكل منها (١٢) طفلا ، تراوحت أعمارهم ما بين (٨ :١٤) عاما ونسب ذكاء تراوحت ما بين (٥٠ :٧٠) ومتماثلون فى المستوى الاجتماعي الاقتصادى

. واستخدمت الدراسة مقياس السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا ، استمارة دراسة حالة ، مقياس بينية الذكاء ، برنامج إرشادي قائم على اللعب الجماعي لتعديل السلوك العدواني ، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادى . وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات مقياس السلوك العدواني لدى المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح القياس البعدى .

وبحث عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) مدى فاعلية برنامج تدريبى يتضمن جداول النشاط المصورة فى الحد من السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا . وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلا من الأطفال المتخلفين عقليا وتراوح عمرهم الزمنى ما بين (٩ –١٤) عاما ونسبة الذكاء لديهم تراوحت ما بين (٥٦ – ٦٦) درجة . واستخدمت الدراسة مقياس السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا ، برنامج جداول النشاط المصورة ، مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادى الثقافى المطور للأسرة ، ومقياس بينية للذكاء . توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

وقدمت أميرة طه بخش (٢٠٠٢) برنامج تدريبى لتنمية المهارات التى تساعد على حدوث التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم من الأطفال المتخلفين عقلياً والتحقق من مدى فاعلية البرنامج فى خفض السلوك العدواني لديهم . وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) طفلا توحدياً من الملتحقين بمركز أمل للإنماء الفكرى بجدة ممن ينطبق عليهم (١٤) بنداً على الأقل من البنود التى يضمنها مقياس الطفل التوحدى وتراوحت أعمارهم ما بين (٧ : ١٤) عاماً ومن المتخلفين عقليا القابلين للتعلم حيث بلغت نسب ذكائهم ما بين (٥٥ :٦٨) درجة ذكاء. واستخدمت الدراسة مقياس جودارد للذكاء ، مقياس الطفل التوحدى ، مقياس السلوك العداونى للأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة ، ومقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادى للأسرة . وكشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية وذلك فى الأبعاد الأربعة للسلوك العدواني والدرجة الكلية . وتأكد ذلك من خلال نتائج القياس البعدى والقياس التتبعى الذى قامت به الباحثة للمجموعة التجريبية.

وتناولت إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٢) فاعلية برامج الكمبيوتر فى تحسين تعلم بعض المهارات للأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) ، واستهدفت التعرف على أثر تدريب مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) وتعليمهم بواسطة برامج الكمبيوتر المعدة من قبل وزارة التربية والتعليم والمقارنة بينهم وبين زملائهم الذين يتعلمون بالطريقة التقليدية داخل الفصول ، وتم التطبيق على مجموعتين إحداهما: تجريبية شملت (٨) أطفال متخلفين عقليا (قابلين للتعلم) ، تم تعليمهم باستخدام الكمبيوتر لمدة ساعة يوميا ، بجانب تلقى الدروس بالطريقة التقليدية باقي اليوم الدراسى ، مجموعة ضابطة مكونة من (٨) أطفال متخلفين عقليا (قابلين للتعلم) ويتلقون دروسهم بالطريقة التقليدية بالإضافة إلى حصة أسبوعيا يقضونها فى حجرة الكمبيوتر حيث يشاهدون بعض الألعاب المسلية والأغاني ، استغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين ، وقد تمت المجانسة بين أفراد العينة من الأطفال من حيث العمر الزمنى ، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٨-١٠) سنوات ، بمتوسط قدره (٩,١) ، أيضا تمت المجانسة من حيث نسبة الذكاء حيث تراوحت ما بين (٥١-٦٥) بمتوسط قدره (٥٩,١) باستخدام لوحة جودر لقياس الذكاء ، وتم استخدام (برنامج وزارة التربية والتعليم لمناهج التربية الفكرية الخاصة بمرحلة التهيئة الأولى والثانية إعداد/وزارة التربية والتعليم بالتعاون مع شركة .I.B.B لبرمجة المعلومات استبيان آراء المعلمين نحو استخدام الكمبيوتر فى تعليم المتخلفين عقليا استمارة تقييم بعض المهارات للطفل المتخلف عقليا

منها التعرف على الأعداد والأحجام الصغيرة والكبيرة ، والتى يتضمنها البرنامج المصمم بالكمبيوتر "إعداد الباحثة") ، وتم التوصل إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة بعد إجراء التدريب فى مستوى الأداء لصالح المجموعة التجريبية ، وظل الفرق قائما بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة بعد شهر من التدريب ، رغم تعرض المجموعتين لنفس طريقة التعلم من قبل معلمة الفصل مما يؤكد على فاعلية الكمبيوتر فى التعلم لديهم.

وقامت يارا فهمي سالم (٢٠٠٣) بالكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي المقدم لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين المهارات اللغوية والتواصل اللفظى لدى أطفالهم . وقد شملت عينة الدراسة على (١٢) طفلا وطفله من المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم من (٦- ٨ سنوات) كما تراوحت نسبة ذكائهم بين (٥٥-٦٩) . وضمت أيضاً أمهات أطفال المجموعة التجريبية حيث تم تقديم البرنامج الإرشادي المستخدم لهم حيث يقمن بتدريب أطفالهم على وحداته في نطاق الأسرة في حين لم تتلقي أمهات أطفال المجموعة الضابطة لهذا البرنامج وقد راعت الباحثة أن تكون الأمهات على قدر من التعليم حتي تتمكن من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير على استجابة الطفل والإجابة على استمارة تقييم الجلسات .

وتشير نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة كان له اثر ايجابي في تنمية المهارات اللغوية التي تساعد على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي ، كما أكدت الدراسة أهمية البرامج التدريبية والتربوية للأطفال المعاقين عقلياً والقابلين للتعلم وان تقدم من خلال الوالدين .

ودرس Sukhodolsky (٢٠٠٥) العدوان وسلوك عدم الإذعان لدى الأطفال الذين تم حجزهم بمستشفيات التخلف العقلي . اشتملت عينة الدراسة على (٨٦) طفلاً متأخرين عقلياً ، تتراوح أعمارهم بين (٢,٤ - ١٠,٨) عام ، واستخدمت الدراسة مقياس العدوان المعدل ومقياس السلوك المدمر ومقياس الإذعان . أوضحت النتائج وجود علاقات وارتباطات بين الأنواع الأربعة من صور للعدوان (اللفظي – البدني ضد الذات – البدني ضد الآخرين – البدني ضد الأشياء) وبين سلوك عدم الإذعان ، كما صاحب ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال سلوكيات استخدام القيود والعزل ، وارتبط سلوك عدم الإذعان بطول مدة العلاج وعدد الأدوية المستخدمة في العلاج.

وعدل خالد رمضان سليمان (٢٠٠٥) السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً عن طريق التدريب على التواصل اللفظي – غير اللفظي فى المواقف المختلفة (المجتمع – المنزل – المدرسة) .واشتملت عينة الدراسة على (١٢) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية وعددها (٦) أطفال ، ومجموعة ضابطة وعددها (٦) أطفال ، تراوح العمر الزمني لهم من (٨ :١٢) عاماً ونسبة الذكاء من (٥٠ : ٧٠) لديهم سلوك عدواني مرتفع ومستوى تواصل منخفض وملتحقين بمدرسة التربية الفكرية بالخانكة . واستخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بينية للذكاء (الصورة الرابعة) تقنين لويس مليكة ١٩٩٨. مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليا إعداد : رأفت عوض خطاب ٢٠٠١. قائمة تقدير مستوى التواصل اللفظى – غير اللفظى لدى الأطفال المعاقين عقليا إعداد الباحث . برنامج تدريب على التواصل للأطفال المعاقين عقليا . إعداد الباحث . وأوضحت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس السلوك العداونى وأبعاده بعد تطبيق برنامج التدريب على التواصل لصالح المجموعة التجريبية. يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية على مقياس السلوك العدواني وأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى .

لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس السلوك العدواني وأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى . توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مستوى التواصل اللفظى – غير اللفظى بعد تطبيق برنامج التدريب على التواصل لصالح المجموعة التجريبية . يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية على قائمة تقدير مستوى التواصل اللفظى – غير اللفظى فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى .

وفحص كل من Holden & Gitlesen (٢٠٠٦) السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً لدى الأفراد المتخلفين عقلياً كالعدوان بشتى صوره. اشتملت عينة الدراسة على (٥٠) طفل متأخر عقلياً من الأفراد المتخلفين عقليا بمؤسسات التربية الفكرية ، واستخدمت الدراسة مقياس السلوك العدواني للأفراد المعاقين عقلياً. أوضحت النتائج من بينها أن الأفراد المعاقين عقلياً يظهرون سلوكيات منافية للمجتمع تتمثل في العدوانية ، تظهر في تدمير الأشياء وتدمير الممتلكات العامة والخاصة وإيذاء الآخرين والاعتداء عليهم وتجريح نفسه ، وأن هذه السلوكيات لا ترتبط بنوع الطفل المتخلف عقلياً.

وتحققت ميادة محمد على (٢٠٠٦) من فاعلية برنامج تدريبى لتنمية المهارات الاجتماعية والشخصية ومهارات التواصل اللفظى وأثر ذلك فى تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" . وتكونت عينة الدراسة من ٣٢ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً المصابين بأعراض داون تراوحت أعمارهم ما بين (٦ – ١٢) سنة ونسبة ذكائهم من (٥٠ – ٧٠) درجة ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعى التجانس بينهما فى كل من السن ، الذكاء ، المستوى الاجتماعي الاقتصادى ، والجنس ، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً المصابين بأعراض داون القابلين للتعلم ، مقياس مهارات التواصل اللفظى للأطفال المصابين بأعراض داون القابلين للتعلم ، برنامج تدريبى لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظى للأطفال المعاقين عقلياً المصابين بأعراض داون . إلى جانب مقياس للذكاء ، ومقياس لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية واستمارة جمع بيانات أولية . وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الارشادى على متغيرات البحث مهارات اجتماعية ، مهارات التواصل اللفظي ، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى متغيرات الدراسة .

وفحصت آمال محمود عبد المنعم (٢٠٠٦) أشكال الضغوط النفسية التي تعانني منها أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً ، وتكونت عينة الدراسة من (١٣) أماً لدى كل منهن طفل متخلف عقلياً وتراوحت أعمارهن بين ٣٥ ٤٥ سنة ، ١٣ طفلا متخلفين عقلياً وهم أبناء هؤلاء الأمهات تتراوح أعمارهم ما بين ٦ ١٢ سنة ونسبة ذكائهم (٥٠-٧٠) وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية : اختبار رسم الرجل إعداد جوارنف لقياس الذكاء ، اختبار المستوى الاجتماعي والاقتصادي (إعداد كمال دسوقي ، محمد بيومي) ، مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً (إعداد الباحثة) ، برنامج إرشادي (إعداد الباحثة) ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم وفنياته الإرشادية في خفض مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً الذين اشتركوا في البرنامج وقد استفادت الأمهات من الناحية التربوية والتعليمية والنفسية والاجتماعية حيث سعي البرنامج إلى توفير قدر من المعلومات عن الإعاقة العقلية وإشباعها وخصائص الأطفال المعاقين عقلياً وحاجاتهم وكيفية إشباعها .

وبحثت ابتسام الحسيني درويش (٢٠٠٧) فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً " القابلين للتعلم " ، وكذلك التحقق من مدي استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم " بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر . ومن اجل ذلك ضمت الدراسة عينة من الأطفال : (٣٠) طفلا وطفلة من المعاقين عقليا " القابلين للتعلم " الموجودين بمدرسة التربية الفكرية بمحافظة كفر الشيخ حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين قوام كل منهما (١٥) طفلا وطفلة ، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (٦,٥-٨,٥) سنوات بمتوسط قدره (٧,١) وانحراف معياري قدره (١,٨٨) ، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (٥٣-٦٩) بمتوسط قدره (٥٨,٩) وانحراف معياري قدره (٢,٤٤) ، أما عينة الوالدين : فضمت والدي أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=٣٠) بواقع (١٥) لكل مجموعة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (٤١-٥٧) سنوات بمتوسط قدره (٤٧,٢) وانحراف معياري قدره (٣,٨٨) بالنسبة للآباء ، وبين (٢٩-٤٤) سنوات بمتوسط قدره (٣٤,٤٥) ، وانحراف معياري قدره (٢,٥) بالنسبة للأمهات ، حيث تم تقديم البرنامج الإرشادي المستخدم للمجموعة التجريبية ، حتي يقوموا بتدريب أطفالهم على كل ما تلقوه بداخل البرنامج في نطاق الأسرة ،

في حين لم يتلق والدي أطفال المجموعة الضابطة هذا البرنامج . وقد راعت الباحثة أن يكون الوالدين على قدر من التعليم حتي يتمكن الوالدين من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن استجابة الطفل . وتوصلت الدراسة إلى أنه يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة (ملاحظة السلوك العدواني - استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق) لجانب القياس البعدي. كذلك يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على (ملاحظة السلوك العدواني - استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق لجانب المجموعة التجريبية . وأخيراً لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على (ملاحظة السلوك العدواني - استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق.

وتحقق عاطف فوزي حسن السيد (٢٠٠٨) من أثر برنامج للعب الجماعي في خفض حدة السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً"القابلين للتعلم" ، وقد أجريت الدراسة على الأطفال المتخلفين عقلياً بالمرحلة الابتدائية وقد بلغ حجم عينة الدراسة "٤٠" تلميذاً وتلميذة وذلك بعد تحقيق التجانس بين أفراد العينة من حيث السن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة . وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي الأولي تجريبية والثانية ضابطة بمدى عمري (٩-١٢) سنة. وأسفرت نتائج الدراسة عن :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابي قبل وبعد تطبيق برنامج اللعب الجماعي على الأطفال المعاقين عقلياً لصالح التطبيق البعدي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في السلوك الانسحابي بعد تطبيق برنامج اللعب الجماعي على الأطفال المعاقين عقلياً لصالح المجموعة التجريبية .

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك الانسحابي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابي بعد انتهاء تطبيق برنامج اللعب الجماعي مباشرة وبعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيقه.

يتضح من العرض السابق لدراسات وبحوث المحور الثاني أن:

الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم" لديهم العديد من الاضطرابات السلوكية والوجدانية والتي تحولت من مشكلة إلى ظاهرة تشيع بين معظم هؤلاء الأطفال كالقلق والاكتئاب والسلوك العدواني.

البرامج الإرشادية أو التربوية أو التدريبية أو السلوكية .... وغيرها لها دور فعال في الحد من حدة المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" وأسرهم.

ترك تلك المشكلات لدى الأطفال المعاقين عقلياً دون تدخل سوف يجعلها تتفاقم بصورة ملفتة للانتباه .

المحور الثالث : دراسات تناولت تأثير الدمج والعزل على بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم".

وفي إطار تلك الدراسات ؛ فقد حدد Hyde (١٩٨١) المهارة والدافعية والقلق عند الأطفال المدمجين وغير المدمجين من المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم "، حيث تمت مقارنة الفروق بين المدمجين وغير المدمجين في مفهوم الذات والدافعية والقلق ، ومن أجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة (١٢٦) طفل وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" في المدى العمري (١٠-١٢) سنة في أربع درجات من الدمج (دمج – بدون دمج – دمج بهدف التنشئة الاجتماعية – دمج بهدف التنشئة الاجتماعية والتعليم الدراسي) ، حيث تم الحصول على تقييم المعلم ودرجات الذكاء والتحصيل للأطفال ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ترجع للدمج بكافة أنواعه في متغيرات الدراسة.

وبحث O'Keefe (١٩٩١) العلاقة بين المكانة الاجتماعية وتقدير الأقران للسلوك الاجتماعي بين الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الأسوياء داخل فصول الدمج ، وكذلك قياس العلاقة بين مكانة الأطفال العاديين الاجتماعية وأقرانهم في فصول الدمج وذلك لتحديد المقبول والمرفوض من الأطفال المتخلفين عقلياً والعاديين ، ومن اجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة

(٦٠) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالتساوي تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٢) سنة ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود سلوك عدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا في بيئة الدمج تجاه أقرانهم العاديين وكذلك من العاديين تجاههم بالإضافة إلى إنعزالهم عن الآخرين .

وقيم كل من Cole & Meyer (١٩٩١) الدمج الاجتماعي مقابل العزل المدرسي لدى ذوي الاحتياجات العقلية النمائية ، ومن أجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة (٩١) طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً مقسمين (٦٠) طفلاً وطفلة مندمجين مع أطفال عاديين في برامج أنشطة اجتماعية بالمدرسة الابتدائية ، (٣١) طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً منعزلين في مدارس خاصة ، وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة في مهارات استخدام الوقت للأطفال المندمجين مقابل المنعزلين حيث كانوا يقضون وقتاً أقل مع المعالجين ووقت مساوٍ مع مدرسي التربية الخاصة ووقت أكبر في التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين العاديين ووقت أقل منفردين ، كذلك لم تظهر أي فروق بين المجموعتين في المهارات التكيفية النمائية والسلوك العدواني ومشاعر القلق طول فترة الملاحظة ، ووجود فروق دالة بين مجموعتي الدمج والمنعزلين في الكفاءة الاجتماعية خلال فترة المتابعة حيث كان الأطفال المندمجين يتقدمون في الكفاءة الاجتماعية في حين أن الأطفال المنعزلين ينتكسون فيها.

ودرس كل من عادل كمال خضر ومايسة المفتى (١٩٩٢) إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء فى بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى الذكاء فى محاولة للإجابة على التساؤلات التالية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى نسبة الذكاء للمجموعة التجريبية للبنات المصابات بالتخلف العقلي قبل وبعد الدمج مقارنة بالمجموعة الضابطة. ، هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة الاضطرابات السلوكية على مقياس السلوك التكيفى للمجموعة التجريبية للبنات المصابات بالتخلف العقلي قبل وبعد الدمج مقارنة بالمجموعة الضابطة؟ ، هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى كل من نسبة الذكاء والاضطرابات السلوكية بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد إجراء الدمج؟ ، وقد طبق الباحثان مقياس بينيه ومقياس السلوك التكيفى (ج٢) على عينة تضمنت فصلين دراسيين من فصول القسم الخاص ، كانت نسبة ذكائهم بين (٢٥-٥٠) درجة وقد اعتبر أحد الفصلين بمثابة المجموعة التجريبية ، والفصل الآخر كمجموعة ضابطة ، حيث تم إدماج أطفال المجموعة التجريبية مع أحد فصول الصف الأول الإعدادي بكلية رمسيس للبنات ، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة على اختبارات الذكاء والسلوك التكيفى حيث تضمن مقياس السلوك التكيفي بنود تقيس العدوان بين المجموعتين ، وبالرغم من ذلك أظهرت الدراسة أهمية ادمج الأطفال المعاقين مع الأسوياء.

وتحققت ملك أحمد الشافعى (١٩٩٣) من مدى فاعلية نظام الدمج فى تحسين بعض جوانب السلوك التوافقى للتلاميذ المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ، ومن اجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة عينة مكونة من (١٤٠) متخلفا عقليا ، وأوضحت النتائج عدم وجود تأثير دال للتفاعل بين الاتجاه نحو سياسة الدمج والنظام المدرسى على تباين أفراد المجموعات الفرعية الأربع فى الأبعاد التالية: التصرفات الاستقلالية ، والنمو البدنى ، والنشاط الاقتصادى ، والنمو اللغوى والعدوانية ، ومفهوم العد والوقت ، وجود تأثير دال للتفاعل بين الاتجاه نحو سياسة الدمج والنظام المدرسى على تباين مجموعات الدراسة فى الأبعاد الأتية: التوجيه الذاتى ، ونشاط مهنى ، والمسئولية ، والتنشئة الاجتماعية ، والدرجة الكلية للمجال النمائى ، وجود تأثير دال للتفاعل بين اتجاه الآباء نحو سياسة الدمج والنظام المدرسى على تباين أفراد المجموعات الفرعية الأربعة فى الأبعاد الآتية: السلوك المدمر العنيف ، وسلوك التمرد ، وسلوك لا يوثق به ، عدم وجود تأثير دال للتفاعل بين الاتجاه الآباء نحو سياسة الدمج والنظام المدرسى على تباين أفراد المجموعات الفرعية الأربع فى الأبعاد التالية: السلوك المضاد للمجتمع ، وسلوك لزمات غريبة ، وسلوك غير مناسب فى العلاقات الاجتماعية ، وعادات صوتية غير مقبولة أو شاذة ، وسلوك يؤذى الذات ، والميل للحركة الزائدة والاضطرابات الانفعالية والنفسية ، والدرجة الكلية لمجال الانحرافات السلوكية.

وكشف Fee-vee (١٩٩٤) عن الاضطرابات السلوكية والنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، وتآلفت عينة الدراسة من (١٠٠) طفلاً من الأطفال الذكور الملتحقين بمدارس الدمج من المعاقين عقلياً وغير المعاقين عقلياً وتم تقسيم العينة إلى أربعة مجموعات طبقا لمستوى الذكاء ومستوى الإعاقة العقلية حيث تآلفت المجموعة الأولي من أطفال عاديين يبلغ عددهم (٢٥) طفلا بينما تآلفت المجموعات الثلاثة الباقية من (٢٥) طفلا معاقا كل مجموعة من المجموعات من المجموعات التي كانت تتدرج طبقا لمستوى الإعاقة العقلية ، واستخدمت الدراسة مقياس كونرز للمعلمين لتحديد مستوى المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً Connors teacher Rating scale STRS)) وقائمة الأعراض وسلوك النشاط الذائد لدى الأطفال . وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق داله بين أفراد مجموعة الأطفال العاديين وباقي المجموعات الثلاثة التي شملت أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً حيث تبين أن الأطفال المعاقين عقلياً كانوا أكثر شعوراً بالقلق من الأطفال العاديين ، بينما كان الأطفال العاديين أكثر اجتماعية وإظهاراً للسلوكيات الاجتماعية الايجابية من أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً من المجموعات الثلاثة . كما تبين أيضاً وجود فروق دالة بين أفراد المجوعات الثلاثة الخاصة بالأطفال المعاقين عقلياً في الاضطرابات السلوكية ، وأن الاضطرابات السلوكية كانت ترتبط ارتباطاً دالاً وموجبا بمدي شدة الإعاقة العقلية لدى أفراد العينة.

وفحص Frank (١٩٩٥) تأثير الدمج على علاقات الصداقة ، ومن أجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة (٦٣) طفلاً وطفلة من الأطفال في الصف الثالث الابتدائي من ذوي الإعاقة العقلية "القابلين للتعلم" ، حيث تم دمجهم دمج بدني واجتماعي ودراسي مع توفير كافة سبل الدعم اللازم لضمان التفاعل الناجح مع العاديين في وجود مساعدين للأطفال طوال الوقت والاستعانة باستراتيجيات التعلم التعاوني والمعلم الايجابي وغرفة المصادر ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التحصيل الأكاديمي وأنماط الصداقة بين تلاميذ التعليم العام والتلاميذ المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" المدمجين معهم كلاهما يتمتعون بعلاقات صداقة في نفس المستوى دون فروق وتحصيل دراسي متكافئ.

وبحثت أميرة طه بخش (١٩٩٩) فاعلية أسلوب الدمج على مفهوم الذات والسلوك التكيفى لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ، شملت العينة (٢٠) طفلة من الإناث المتخلفات عقليا برياض الأطفال بالمملكة العربية السعودية تتروا ح أعمارهن بين ٥ ــ ٨ سنوات، ونسبة ذكائهن بين (٥٠- ٦٠)، (١٠) إناث من المتخلفات عقليا الملتحقات برياض الأطفال المخصصة للمتخلفات عقليا يمثلن مجموعة العزل، (١٠) إناث يمثلن مجموعة الدمج وهن من المتخلفات عقليا الملتحقات برياض الأطفال الملحقة بالمدارس العادية، والمجموعتان متكافئتان من حيث العمر الزمنى، مستوى الذكاء، والمستوى الاقتصادى والاجتماعي

. واستخدام مقياس مفهوم الذات المصور إعداد إبراهيم قشقوش ١٩٨٢، مقياس السلوك التكيفى للأطفال إعداد عبدالعزيز الشخص ١٩٩٨. وتبين أن مجموعة الدمج أعلى من مجموعة العزل على مقياس مفهوم الذات (ت=١٤,٥١٥ دال عند ٠,١)، الدرجة الكلية لمقياس السلوك التكيفى (ت=١٠,٥ دال عند ٠,١)، وأبعاده: النمو اللغوي، والأداء الوظيفى، الأعمال المنزلية، النشاط المهنى، النضج الاجتماعي وقيم "ت" على التوالى (ت=٥، ٩,٠٧، ٨,٧٢، ٩,٧٩، ٩,٦٩ دالة عند ٠,١).

وتعرف كل من O'connor & Colwell (٢٠٠٢) على أثر الجماعات الطبيعية في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول الدمج بالمدارس العادية .وتكونت عينة الدراسة من (٦٨) طفلا منهم (٤٦) طفلا و (٢٢) طفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين التحقوا بفصول الدمج بالمدارس العادية لمدة ثلاثة فصول دراسية متتالية، وتم اختيار العينة من (٣) مدارس ابتدائية ومدرسة رياض أطفال .وتم قياس الخصائص السلوكية للأطفال عينة الدراسة قبل وأثناء وبعد الانتهاء من البرنامج .وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه كان للجماعات الطبيعية تأثير دال في خفض الاضطرابات السلوكية كالاكتئاب والقلق ، وإلى تحسن في الخصائص الشخصية للأطفال في الجوانب المعرفية ومجالات التكيف بشكل عام.

وأعدت سهير محمد شاس (٢٠٠٢) برنامج يتضمن أنشطة جماعية هدفها تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم والتعرف على مدى فعالية هذا البرنامج لمجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً المندمجين مع أطفال عاديين ومدى فعالية نفس البرنامج على مجموعة أخرى من الأطفال المتخلفين عقلياً تتدرب عليه أى نظام العزل . تم إجراء الدراسة على مجموعتين تجربتين من الأطفال المتخلفين عقلياً (القابلين للتعلم) الأولى مجموعة الدمج مكونة من عشرة أطفال من إحدى المدارس التي يوجد بها فصول ملحقة للأطفال المتخلفين عقلياً وتتراوح أعمارهم بين (٩ -١١) سنة يتم دمجهم في البرنامج التدريبي مع عشرة أطفال عاديين من نفس المستوى التعليمي الصف الأول والثانى الابتدائي . الثانية مجموعة العزل مكونة من عشرة أطفال من مدرسة التربية الفكرية وقد تمت المجانسة بين المجموعات في العمر والجنس والذكاء والمستوى الاقتصادى والاجتماعي . وتوصلت الدراسة إلى (وجود فروق ذات دلالة احصائية في جميع درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في مجموعة الدمج بين القياس القبلى والبعدى وكانت الفروق لصالح القياس البعدى - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض درجات الاضطرابات السلوكية للأطفال المتخلفين عقلياً في مجموعة الدمج بين القياس القبلى والبعدى وكانت الفروق لصالح القياس البعدى بانخفاض متوسطات هذه الاضطرابات.

وقدر كل من Heiman & Margalit (٢٠٠٧) مشاعر الوحدة والاكتئاب والمهارات الاجتماعية بين الأطفال ذوي التخلف العقلي الخفيف ، ومن اجل ذلك الهدف تضمنت الدراسة (٥٧٥) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٤) سنة ينقسمون تبعاً للأوضاع التربوية إلى (١٢٤ دمج شامل مع العاديين ، ١٢٨ في فصول ملحقة مع العاديين بمدارسهم ، ١٢٣ عزل في مدارس تربية خاصة مستقلة) ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة بين الوحدة والاكتئاب ووجود علاقة سالبة بين المهارات الاجتماعية وكل من الوحدة والاكتئاب ، وأظهر الأطفال المعاقون عقلياً المدمجون كلياً اكتئاباً ووحدة أكثر من المعزولين في مدارس التربية الخاصة.

المراجع

المراجع :

آمال عبدالسميع باظه (٢٠٠٠) : مقياس السلوك العدواني للأطفال : كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

ــــــ (٢٠٠١): الصحة النفسية، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

ــــــ (٢٠٠٣) : الأطفال والمراهقون المعرضون للخطر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

ــــــ (٢٠٠٥) : مدخل إلى التربية الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

ــــــ (٢٠٠٥) : استمارة دراسة الحالة للأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.

ــــــ (٢٠٠٥) : اضطرابات التواصل وعلاجها ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.

آمال محمود عبدالمنعم (٢٠٠٦) : الإرشاد النفسي الأسرى ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

إبتسام الحسيني عبدالحميد درويش (٢٠٠٧) : فعالية برنامج إرشادي أسري للتخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية – جامعة كفرالشيخ.

إبراهيم عباس الزهيرى (٢٠٠٣) : تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم فى إطار فلسفي وخبرات عالمية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

أحمد أحمد عواد ، مجدى أحمد الشحات (٢٠٠٤) : " سلوك التقرير الذاتي لدى التلاميذ العاديين وذوى صعوبات التعلم والقابلين للتعلم " ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربي ـ الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الأول ، ٩٣-١٤٠.

أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٠) : علم النفس الفسيولوجي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٩) : القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ، مجلة العلوم الاجتماعية ، تصدر عن مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت ، ٢٧(٣) ١٠٣-١٢٣ .

ـــــــــ (٢٠٠٠) : الدراسة التطورية للقلق ، الإسكندرية ، دار المعرفية الجامعية .

ـــــــــ ومايسة أحمد النيال (٢٠٠٢) : دراسات فى شخصية الطفل العربى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

إسماعيل عبدالفتاح الكافي (٢٠٠١) : فن التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة وأساليب وطرق التعامل مع المعوقين ذهنياً ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب .

أشرف أحمد عبدالقادر (٢٠٠٧) : المسئولية الاجتماعية لوسائل الإعلام تجاه دمج المعاقين في المجتمع ، المؤتمر العلمي الأول : التربية الخاصة بين الواقع والمأمول في الفترة من (١٥-١٦) يوليو ، ١ ، ٢٩-٣٩.

أشرف محمد على شلبي (٢٠٠٠): فعالية برنامج سلوكي في خفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً "دراسة تجريبية" ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

أ . ف بتروفسكى و م . ج . ياروشفسكى(١٩٩٦) : معجم علم النفس المعاصر . ترجمة : حمدي عبدالجواد وعبدالسلام رضوان ، مراجعة : عاطف أحمد ،القاهرة ،دار العالم الجديد .

أميـرة طــه بخـش (١٩٩٥) : أثر تكيف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع بيئة أقرانهم العاديين على درجة تحصيلهم الدراسي ، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة من (٢٥-٢٧) ديسمبر ، ٥٤٢-٥٦٢.

ـــــــ (١٩٩٩) : فاعلية برنامج إرشادي فى خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ، مجلة العلوم التربوية ، يصدرها معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة ، (١١) ١٢٥-١٤٤ .

ـــــــ (٢٠٠٠) : فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو دمج المتخلفين عقليا معهم بالمدرسة وأثره على السلوك التكيفى للتلاميذ المتخلفين عقليا ، المجلة التربوية، ١٤ (٥٦) ١٨٥-٢١٤.

ـــــــ (٢٠٠٢): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدي الأطفال التوحديين، مجلة العلوم التربوية بقطر .

ألفت محمد حقي (١٩٨٦) : فيزويولوجيا السلوك ، علم النفس الفيزيولوجي ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعي

إليانور لينش وبينى سيميز (١٩٩٩): التخلف العقلى ، دمج الأطفال المتخلفين عقليا فى مراحل ما قبل المدرسة (برامج وأنشطة) ، ترجمة/سميه طه جميل ، هاله الجروانى ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

انتصار محمد على (٢٠٠٨) : دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالتعليم الأساسي في مصر في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة ، محرر في : محمد مقداد ، وليد القفاص ، عصام توفيق قمر ، محمد أرزقي بركان ، انتصار محمد على ، على لونيس ، زكية شنه ، دلال جغبوب ، وسمية صالحي (٢٠٠٨) : رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين الدمج والعزل ، القاهرة ، المكتب الجامعي الحديث.

إيمان فؤاد الكاشف (١٩٩٥): دراسة العلاقة بين الأسرة التي لديها طفل معاق ، مجلة كلية التربية بالزقازيق ، (٢٢) ٣٣- ٤٠.

ـــــــ (١٩٩٩) : فعالية برنامج الأنشطة المدرسية فى دمج الأطفال المعاقين (عقليا - سمعيا) مع الأطفال العاديين ، مؤتمر دولي (٦) مركز إرشاد نفسي ،جامعة عين شمس ، ٨٢١-٨٨١.

ـــــــ (٢٠٠٢): فاعلية برامج الحاسب الآلي فى تحسين تعلم بعض المهارات للأطفال المتخلفين عقليا ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، ١٢ (٣٥) ١٠٢-١٤٣.

ـــــ (٢٠٠٤): التدخل المبكر لرعاية الطفل المعاق (مدخل إرشادي للأسرة)، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ،جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربى - الواقع والمستقبل ، من (٢٤-٢٥)مارس ،٢، ٥٩٧-٦١٢.

إيمان فؤاد الكاشف وعبدالصبور محمد منصور (١٩٩٨) : دراسة تقويمية لتجربة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية في محافظة الشرقية ، المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس في الفترة من (١-٣) ديسمبر ، ٨١٣-٨٥٣.

أيمن محمد الديب (٢٠٠١): استخدام نموذج PASS فى التشخيص الفارقى لعينة من ذوى الحاجات الخاصة المعاقين ذهنيا (القابلين للتعلم)، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية البنات ، جامعة عين شمس.

بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٤) : القلق لدي الشباب في بعض الدول العربية . دراسة ثقافية مقارنة ، مجلة دراسات نفسية ، دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة ، ١٤ (٣) ١٤٥-١٥٩.

بشير معمرية (٢٠٠٠) : مدى إنتشار الاكتئاب النفسى بين طلبة الجامعة من الجنسين ، مجلة علم النفس ، ع(٥٣) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٢٢ – ١٤٧ .

توفيق عبدالمنعم توفيق (١٩٩٧) : المكونات العاملية للاكتئاب لدي عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بدولة البحرين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد : جامعة عين شمس .

جابر عبدالحميد جابر ، علاء الدين كفافى (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسى، إنجليزى - عربى ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

جمال الخطيب ، مني الحديدى (١٩٩٤) : مناهج وأساليب التدريس للتربية الخاصة ، كلية العلوم التربوية ،الجامعة الأردنية ،عمان ، الأردن.

جمال محمد الخطيب (١٩٨٨) : المظاهر السلوكية غير التكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليا لمدارس التربية الخاصة فى عمان ، القاهرة ، مجلة الدراسات التربوية ، ٥ (٨) ١٤٠-١٥٥.

ـــــــ (١٩٩٦) : تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية في الدول العربية ، عمان ، مطابع اليونسكو.

ـــــــ (١٩٩٨) : مقدمة في الإعاقة السمعية ، الأردن ، دار الفكر.

ـــــــ (٢٠٠٤) : تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية ، الأردن ، دار وائل.

ـــــــ ، منى الحديدى (١٩٩٩): مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة ، عمان ، الأردن ، دار إشراق.

ـــــــــ ، حسن إبراهيم عبداللطيف (١٩٩٧) : الاكتئاب النفسي ، دراسة الفروق بين حضارتين بين الجنسين ، مجلة دراسات نفسية ، ٧ (١) ١٤-٣٩.

حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٠) : التوجيه والإرشاد النفسي ، القاهرة ، عالم الكتاب .

ـــــــــ (١٩٩٠) : علم نفس النمو : الطفولة والمراهقة ، القاهرة ، عالم الكتب .

ـــــــــ (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب.

حسام إسماعيل هيبة (١٩٨٢) : دراسة لمفهوم الذات لدي المتخلفين عقليا ، رسالة ماجستير غير منشوره ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

ـــــــــ (١٩٩٨) : سيكولوجية غير العاديين ،الإعاقة العقلية الحسية، القاهرة، كلية التربية، جامعة عين شمس .

حسن إبراهيم عبداللطيف (١٩٩٧) : الاكتئاب النفسي ، دراسة الفروق بين حضارتين بين الجنسين ، مجلة دراسات نفسية ، ٧ (١) ٥٢-٦٩ .

حمدي شاكر محمود (١٩٩٨): مقدمة فى التربية الخاصة (أدوات التشخيص ، معايير النمو ، برامج التعلم ، فنيات الإرشاد) ، الرياض ، دار الخريجى للنشر والتوزيع.

حنـان العمـري (١٩٨٥) : مقياس الاكتئاب للأطفال : كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية

ـــــ (١٩٨٥) : الاستجابات اللفظية الاكتئابية التي تميز مرض الاكتئاب النفسي عن فئات آخري من المرضى النفسيين والعاديين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان.

حنان عبدالحميد العناني (١٩٩٥) : الصحة النفسية للطفل ، عمان ، دار الفكر .

خالد رمضان عبدالفتاح سليمان .(٢٠٠٥): فاعلية التدريب علي التواصل في تعديل السلوك العدواني لدي الأطفال المعاقين عقليا ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ببنها ، جامعة الزقازيق.

ديان برادلي ، مارغريت سيندر ، ديان ستولك (٢٠٠٠) : الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة مفهومه وخلفيته النظرية ، ترجمة / زيدان أحمد السرطاوي وعبدالعزيز السيد الشخصي وعبدالعزيز عبدالجبار ، القاهرة ، دار الكتاب الجامعي .

رأفت عوض خطاب (٢٠٠١) : فعالية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدي الأطفال المعاقين عقلياً ، رسالة ماجستير غير منشوره ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

راندا مصطفي الديب (٢٠٠٧) : المشكلات التي تواجه عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، المؤتمر العلمي الأول : التربية الخاصة بين الواقع والمأمول في الفترة من (١٥-١٦) يوليو ، ١ ، ٤٩٣-٥٠٢.

رشاد عبدالعزيز موسي (١٩٨٦) : مقياس القلق الظاهر للأطفال : كراسة التعليمات ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

ــــــ (١٩٨٨) : مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج ، كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

ــــــ (٢٠٠١): معجم الصحة النفسية المعاصر ، الفاروق الحديثة ، القاهرة .

رمضان محمد القذافي (١٩٩٧) : التوجيه والإرشاد النفسي، بيروت ، دار الرواد.

ــــــ (٢٠٠٥) : رعاية المتخلفين ذهنياً ، ط٤ ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث.

زكريا زهير (١٩٩٤) : مدارس لا تستثني أحداً من الطلبة ، مجلة التربية الجديدة ، (٤) ٦٥-٨٠.

زكيه شنه (٢٠٠٨) : مدى فاعلية تكوين معلمي التربية الخاصة في إدماج ذوي الاحتياجات الخاصة ، محرر في : محمد مقداد ، وليد كمال القفاص ، عصام توفيق قمر ، محمد أرزقي بركان ، انتصار محمد على ، على لونيس ، زكية شنه ، دلال جغبوب ، وسمية صالحي (٢٠٠٨) : رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين الدمج والعزل ، القاهرة ، المكتب الجامعي الحديث.

زيدان السرطاوي وكمال سالم سيسالم (١٩٨٧) : المعاقون أكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم ، الرياض ، مكتب الصفحات الذهبية .

زينب محمود شقير(١٩٩٩) :سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين (الخصائص - صعوبات التعلم - التعليم - التأهيل - الدمج) ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

ـــــــ (٢٠٠٢) : احذر اضطرابات الأكل ، الشره العصبي ، السمنة ، فقدان الشهية العصبي ، المجلد الثاني ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

ـــــــ (٢٠٠٤): أهم خدمات الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربي ـ الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، ٢ ، ٦١٧-٦٣٦.

سامية محمد فهمي (٢٠٠٠) : رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة في المنظمات الاجتماعية "برامج وأساليب المكون التدريبي للأخصائيين" مشروع رعاية وحماية الأطفال متحدى الإعاقة ،المجلس القومي للطفولة والأمومة ، القاهرة .

سامية القطان (١٩٨٦): مقياس القلق السوي ، الكتاب السنوي فى علم النفس فى المؤتمر السنوي الثاني لعلم النفس ، ٥ ، ٦٣٦-٦٥٤.

سحر أحمد الخرشومي (٢٠٠٠) : المدرسة للجميع : دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية ، الرياض ، مكتبة جامعة الملك سعود.

سعيد بن عبدالله دبيس (١٩٩٨) : فاعلية التعزيز التفاعلى للسلوك الآخر فى خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا فئة القابلين للتعلم بالمملكة العربية السعودية ، بحث مقدم لندوة علم النفس وآفاق التنمية فى دول مجلس التعاون الخليجى ، كلية التربية ، جامعة قطر.

سعيد حسنى العزة (٢٠٠١): التربية الخاصة لذوى الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ، الأردن ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

سمر أبو مرزوق (٢٠٠٤) : برنامج التعليم الجامح (الدمج) بين الفكرة والتطبيق في مدارس قطاع غزة ، المؤتمر العلمي الثانى لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربي ـ الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، ١،٣١٩-٣٤٩.

سمية طه جميل (٢٠٠٠): التخلف العقلى ، استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

سميرة أبو زيد عبدة النجدي (٢٠٠٤) : دور الأسرة نحو دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المجتمع ، المؤتمر العلمى الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربي - الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، ١ ، ٨٤١-٨٤٤.

سهير فهيم الغباشي (١٩٨٨): التميز بين فئات من مرضي الصرع في الأداء علي بعض الاختبارات المعرفية وبعض مقاييس الشخصية ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، كلية الآداب ،جامعة القاهرة .

سهير محمد شاش (٢٠٠٢) : مدى فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية بنظامى الدمج والعزل وأثره فى خفض الاضطرابات السلوكية للأطفال المتخلفين عقليا ، القاهرة ، زهراء الشرق .

سيد عبدالعال (١٩٩٢) : نظريات علم النفس والمداخل الأساسية لدراسة السلوك الإنساني ، القاهرة ، مكتبة رأفت.

صبحي عبدالفتاح الكفوري (١٩٩٥) : اثر برنامج للتدريب علي مهارات التفاعل الايجابي ، المؤتمر الثاني للعلوم التربوية والنفسية ، التربية وتحديات البيئة ، الجزء الأول كلية التربية فرع كفرالشيخ ، جامعة طنطا.

صلاح الدين عبدالغني عبود ، سحر عد الغني عبود (٢٠٠٣) : فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة العنف لدي المراهقين ، المؤتمر السنوي العاشر ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ٣٤٧-٣٧٨ .

صلاح مراد ، أمان محمود (١٩٩٨) : الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى الأطفال المتخلفين عقليا ، المؤتمر الدولى الخامس ، مركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والتنمية البشرية) ، جامعة عين شمس ، ٧٨٩- ٨١٢ .

عادل سعد خليل خضر (١٩٩٢) : مقارنة بين الخصائص المعرفية والاجتماعية للأطفال المتخلفين عقليا من فئة التخلف العقلى الخفيف والأطفال غير المتخلفين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢) : جداول النشاط المصور للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا ، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .

ـــــــــــ (٢٠٠٧) : متطلبات الدمج الشامل لأطفال غير العاديين في مدارس التعليم العام : رؤية مستقبلية ، المؤتمر العلمي الحادي عشر (التربية وحقوق الإنسان) ، كلية التربية ، جامعة طنطا ، في الفترة من (٧-٨) مايو ، ٤٠-٦٧.

عادل عزالدين الأشول (١٩٨٩): مقياس الشخصية الشامل : كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

ـــــــــــ (١٩٩٣) : الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقليا ، مجلة الإرشاد النفسي ، القاهرة ، مركز الإرشاد النفسي ، (١) ٤٨-٩٩ .

عادل كمال خضر ومايسة أنور المفتي (١٩٩٢) : إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفي ، مجلة دراسات نفسية ، ٢ (٢) ٣٧١-٣٩٠.

عاطف فوزي حسن السيد (٢٠٠٨) : أثر اللعب الجماعي في خفض حدة السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم ، رسالة ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة كفرالشيخ.

عباس إبراهيم متولى (١٩٩٦) : دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى الأبناء ذوى السلوك العدواني وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى الأمهات ، مجلة كلية التربية بدمياط ،٧، (٢-٣)٣ -٥١.

عبدالرقيب احمد البحيري (١٩٨١) : "دراسة تحليلية لبعض أنماط السلوك اللاسوي عند المتخلفين في معاهد التربية الفكرية " ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .

ـــــــ (٢٠٠٤) : نموذج مقترح لدمج المتخلفين عقلياً ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية مع العاديين ، المؤتمر السنوي الحادي عشر للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، في الفترة من (٢٥-٢٧) ديسمبر : مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ١١ ، ٨٨٩-٩١٧.

عبدالستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج المعرفي السلوكي الحديث وأساليبه وميادين تطبيقه ، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع.

عبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٠): مقدمة فى الصحة النفسية ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

عبدالسلام عبدالغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥) : سيكولوجية الطفل غير العادي واستراتيجية التربية الخاصة ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

عبدالعزيز السيد الشخص (١٩٨٧) : أثر مقررات التربية الخاصة في تغيير اتجاهات طلاب كلية التربية نحو المعوقين ، الكتاب السنوي في التربية وعلم النفس ، ١٣ ، ٤٠٥-٤٦١.

ـــــــــ (٢٠٠٦) : مقياس تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

عبدالعظيم شحاتة مرسي (١٩٩٠) : التأهيل المهني للمتخلفين عقليا ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

عبدالفتاح إبراهيم تركى (٢٠٠٤): أطفالنا بين الحتمية البيولوجية والحتمية الثقافية ، المؤتمر العلمى الثانى لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربى ـ الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، ١ ، ٤٧٧-٤٨٨.

عبدالمطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربى.

ـــــــــ (٢٠٠١): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربى.

ـــــــــ (٢٠٠٥) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبدالمنعم الحفنـي (١٩٩٢) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، الجزء الثاني ، القاهرة ، مكتبة مدبولي .

عبدالوهاب محمد كامل(١٩٨٣): التعلم وتنظيم السلوك ، طنطا ، المكتبة القومية الحديثة.

ــــــــ (٢٠٠٢) : اتجاهات معاصرة في علم النفس ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، القاهرة ، المجلس العربي للطفولة والتنمية.

عز الدين جميل عطية (٢٠٠٣) : الأوهام المرضية أو الضلالات فى الأمراض النفسية والعنف ، عالم الكتب للطبع والنشر والتوزيع ، القاهرة.

عزيز حنا داود وآخرون (١٩٩١): الشخصية بين السواء والمرض ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

عصام عبداللطيف العقاد (٢٠٠٢) : سيكولوجية العدوانية وترويضها منحنى علاجى معرفى جديد ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عفاف محمد عبدالمنعم (١٩٩١) : المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بمدارس التأهيل الفكري ، بحوث المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري بمركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس ، ٣ ، ١٧٤٣ ــ ١٧٥٩.

علا عبدالباقي إبراهيم (١٩٩٣) : التعرف علي الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة ، الكتيب الثاني ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

على عبدالنبي محمد حنفي (٢٠٠٨) : العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة : دليل المعلمين والوالدين ، مصر ، دسوق ، العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

غريب عبدالفتاح غريب (٢٠٠٠): علم الصحة النفسية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

ــــــــ (٢٠٠٠): مقياس بيك للاكتئاب ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

فـاروق الروسـان (١٩٩٩): أساليب القياس والتشخيص فى التربية الخاصة ، الأردن ، عمان، دار الفكر العربى .

ــــــــ (٢٠٠٠) : مقدمة فى الاضطرابات اللغوية ، الرياض ، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

ــــــــ (٢٠٠١): مقدمة فى الإعاقة العقلية ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فاروق محمد صـادق (١٩٨٢) : سيكولوجية التخلف العقلى ، الرياض، مكتبة جامعة الملك سعود .

ـــــــ (١٩٨٥) : دليل مقياس السلوك التكيفي ، الرياض ، ط٢ ، الرياض ، جامعة الملك سعود ، عمادة شئون المكتبـات .

ـــــــ (١٩٩٨) : الإعاقة العقلية في مجال الأسرة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق ، اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين النشرة الدورية ، (٥٥) ٤٩ - ٥٧ .

ـــــــ (١٩٩٨) : من الدمج إلى التآلف والاستيعاب الكامل : تجارب وخبرات عالمية في دمج الأفراد المعوقين في المدرسة والمجتمع وتوصيات إلى الدول العربية ، ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في مجلس التعاون الخليجي "التطلعات والتحديات" ، البحرين ، جامعة الخليج ، في الفترة من (٢-٤) مارس ، ١٣-٥٢.

ـــــــ (٢٠٠٣) : تجارب عالمية في الدمج : ورشة العمل الوطنية لتدريب معلمي المعوقين على الأساليب الحديثة لتعليمهم وتأهيلهم في المجتمع المنتج ، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (أيسيسكو) وجمعية الدعوة الإسلامية بالتعاون مع اللجنة الوطنية المصرية للتربية والعلوم والثقافة ، القاهرة ، في الفترة من (٢١-٢٦) مايو ، ١-٣١.

كمال إبراهيم مرسي (١٩٨٥) : القلق وعلاقته بالشخصية ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

ـــــــ (١٩٩٦) : التأصل الإسلامي للإرشاد النفسي لآباء المتخلفين عقلياً ، بحوث المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي ، القاهرة ، جامعة عين شمس.

كمال عبدالحميد زيتون (٢٠٠٣): التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، عالم الكتب.

كمال محمد دسوقى (١٩٨٨) : ذخيرة تعريفات مصطلحات علم النفس ، ج١، القاهرة ، الدار الدولية للنشر والتوزيع.

لطفي الشربيني (٢٠٠١) : الاكتئاب - المرض والعلاج ، الإسكندرية ، منشأة المعارف .

ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): تعليم الأطفال المتخلفين عقليا ، عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع.

ـــــــ (٢٠٠١): تعليم ذوى الحاجات الخاصة ، "مدخل إلى التربية الخاصة" ، عمان ، الأردن ، دار صفاء للنشر والتوزيع.

مارتن هنلى ، روبرتا رامزى ، روبرت آلجوزين (٢٠٠١): خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم ، تعريب/جابر عبدالحميد جابر ، القاهرة ، دار الفكر العربى.

مايسة أنور المفتي وعادل كمال خضر (١٩٩٢) : إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره علي مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفي ، مجلة دراسات نفسية ، (٣) ، ١٣٨ ــ ١٥٧ .

محمد إبراهيم عبدالحميد (٢٠٠٣): دمج الأطفال المتخلفين عقليا مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة وتنمية التوافق الشخصي والاجتماعي لديهم ، مجلة علم النفس ، العددان الخامس والستون والسادس والستون ، السنة السابعة عشرة، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

محمد أحمد خطاب (٢٠٠٠) : مدى فاعلية برنامج سيكودرامى للتخفيف من حدة سلوك العنف لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.

محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٨): دراسات في الصحة النفسية المهارات الاجتماعية الاستقلال النفسي ــالهوية ، ط٢، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

محمد بيومى حسن وسميرة محمد شندي (٢٠٠٠) : دراسات معاصرة فى سيكولوجية الطفولة ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

محمد حسنين العجمي (٢٠٠٠) : استراتيجية الدمج لتربية المعاقين بجمهورية مصر العربية ضرورة عصرية : لماذا؟ وكيف؟ ، المؤتمر السنوي لكلية التربية : جامعة المنصورة ، نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة من (٤-٥) أبريل ، ٣٠١-٣٤٣.

ـــــــ ، محمد إبراهيم مجاهد (٢٠٠٢): متطلبات تفعيل استراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمحافظة الدقهلية ، مؤتمر التربية الخاصة فى القرن الحادي والعشرين تحديات الواقع وآفاق المستقبل. كلية التربية ، جامعة المنيا فى الفترة من (١٠-١٥) أكتوبر ، ٣١٦-٣٨٤.

محمد حماد هندى (٢٠٠٢): نظام تضمين التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مفهومه ، ومبرراته ، ومميزاته ، وعوامل نجاحه ، مؤتمر التربية الخاصة فى القرن الحادى والعشرين تحديات الواقع وآفاق المستقبل ، كلية التربية-جامعة المنيا ، في الفترة من ٧-٨ مايو ، ١٠١-١٤٠

محمد رشدي أحمد المرسي (٢٠٠٥) : دراسة مقارنة لفاعلية برنامجين تدريبين للمعلمين والآباء لتحسين بعض المهارات المعرفية لذوي الإعاقة العقلية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٩٠) : استبيان العدائية : كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية

محمد عبدالله الحسيني (٢٠٠٧) : ذوو الاحتياجات الخاصة : الاستراتيجية لا سياسة الفزعة ، مؤسسة اليمامة الصحفية ، جريدة الرياض ، ١٣٠-١٥٥.

محمد عبدالمؤمن حسين (١٩٨٦) : سيكولوجية غير العادين وتربيتهم ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعي.

ـــــــ (٢٠٠٧) : استراتيجية دمج ذوي الحاجات الخاصة في نظم التعليم العام من المجتمع ، المؤتمر العلمي الخامس لكليات التربية : تطوير التعليم في الدول العربية بين المحلية والعالمية بجامعة الزقازيق ، في الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، ٢١-٢٣.

محمد محروس الشناوى (١٩٩٧): التخلف العقلى (الأسباب - التشخيص - البرامج) ، القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع.

ـــــــ ، محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٨) : موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي ، نظرية الإرشاد والعلاج النفسي ، القاهرة ، دار غريب .

محمد محمد شوكت ، منير سامى رجائى (١٩٩٤): السلوك العدواني لدى الرياضيين وغير الرياضيين وفعالية التمرينات الرياضية فى تخفيفه ، مجلة كلية التربية بعين شمس ، ٢ (١٨) ١٤٢-١٥٧.

محمد مقداد (٢٠٠٨) : إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في : محمد مقداد ، وليد كمال القفاص ، عصام توفيق قمر ، محمد أرزقي بركان ، انتصار محمد على ، على لونيس ، زكية شنه ، دلال جغبوب ، وسمية صالحي (٢٠٠٨) : رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين الدمج والعزل ، القاهرة ، المكتب الجامعي الحديث.

محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٠) : النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعي (محكاته وعوامل الاستهداف) مجلة دراسات نفسية ، ١٠ (٣) ٢٩٢-٣٤٤.

محمود عنان (١٩٩٦) : رعاية الطفل المعوق ، القاهرة، سلسلة التربوية.

مريم السيد نور الدين (٢٠٠٤) من أثر دمج الأطفال ذوي التأخر العقلي البسيط في مرحلة ما قبل المدرسة مع الأطفال الأسوياء في تنمية بعض العمليات المعرفية لديهم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب جامعة القاهرة.

مصري عبدالحميد حنورة (٢٠٠١) : مقياس بينية العرب للذكاء . المرشد العلمي للتطبيق وحساب الدرجات وكتابة التقرير ، ط٤، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

ملك أحمد عبدالعزيز الشافعي (١٩٩٣): مدى فاعلية نظام الدمج فى تحسين بعض جوانب السلوك اللاتوافقى للتلاميذ المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ـ جامعة عين شمس.

ممدوحة سلامه ، عبدالله عسكر (١٩٩٢) : علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

ميادة محمد علي اكبر (٢٠٠٦): فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي للمعاقين عقليا المصابين بأعراض داون القابلين للتعلم ، رسالة دكتوراه غير منشوره جامعة عين شمس معهد الدراسات العليا للطفولة .

نادر فهمى الزيود (١٩٩٥): تعليم الأطفال المتخلفين عقليا ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

ناصر علي الموسى (١٩٩٢)، دمج الأطفال المعوقين بصرياً في المدارس العادية: طبيعته، برامجه، ومبرراته .جامعة الملك سعود ، مركز البحوث التربوية.

ـــــــ (١٩٩٩) : مسيرة التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية – السعودية ، وزارة التربية والتعليم.

نبيل عبدالفتاح حافظ (٢٠٠٠) : مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني لدى الأطفال : كراسة التعليمات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

نور أحمد محمد الرمادي (٢٠٠٧) : فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية والثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، مجلة كلية التربية بالفيوم ، (٧) ٢٤٩-٣٠٧.

هبه محمود أحمد العبد (٢٠٠٨) تأثير الدمج على بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم. رسالة ماجستير غير منشورة.

هشام إبراهيم عبدالله (١٩٩١) : أثر العلاج العقلاني الانفعالي فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

هشام عبدالرحمن الخولى (١٩٩٨): تأثير ألعاب الفيديو جيم ذات المضمون العدواني ،على الميل نحو العدوان والسلوك العدواني لدى عينة من المراهقين ، مجلة كلية التربية ببنها ، ٩ (٣٢) ١٥-٦٩.

وزارة التربية والتعليم ، الإدارة العامة التربية الخاصة ، القاهرة ، منهج التربية الفكرية العام الدراسي (٢٠٠٥ / ٢٠٠٦) .

وفاء عبدالجواد وعزة خليل (١٩٩٩):فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً ، مجلة علم النفس ، (٥٠) ٨٨-١١٢.

يارا فهمى سالم محمد (٢٠٠٣) : فعالية برنامج إرشادي جماعي لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم" لتنمية المهارات اللغوية لدبهم فى مرحلة ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية بكفرالشيخ ، جامعة طنطاً .

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders,4thed., (DSM.IV)Washington, D.C. , APA.

Bertran P. & Jeffrey، R. (1983): Social Psychology , 2nd ed , Prentice Hall , New Jersey.

Boxter , J. ; Woodward , J. & Olson , D. (2001) : Effects Of Reform Based Mathematics Instruction On Low Achievers In Five Third Grade Classrooms , Elementary School Journal , 10 , 1-15.

Burer , A. (1983) : Effects Of Mainstreaming Motor Performances Of Intellectually Normal And Trainable Mentally Retarded Students, American Corrective Therapy , 37 (2) 48-52.

Buysse, V. & Bailey, D. (1993): Behavioral and Developmental Outcomes in Young Children with Disabilities in Integrated and Segregated Settings: A Review of Comparative Studies, The Journal of Special Education , 26, (4) 434-461.

Cole , M. & Meyer , N. (1991) : Social Integration and Server Disabilities , Journal Of Special Education , 2 (25) 150-163.

Colleen, J. & Edward, F. (1995): Understanding exceptional people, New York, West Publishing Company.

Dattilio, F.M. & Freeman, A. (1994): Cognitive Behavioral Strategies In Crisis Intervention, The Guilford Press, New York, USA.

Dave, V . (1993) : Evaluation of BR-16-A (Mental) in: Cognitive and Behavioral Dysfunction of Mentally Retarded Children. Center of Research in Mental Retardation, Indian Society , 60, (3) 233-227.

David , G. (1983): Social Psychology, New York, MC Grow- Hill Book Company.

David O. ; Letitia . A. ; & Shelley E., (1991) : Social Psychology , (EDI) , New Jersey , Prentice Hall , Englewood Cliffs.

Diane, E. & Sally W. (1997): A Child's World, Infancy Through Adolescences , 4th ed , Library of Congress, USA.

Downing J. (1996): The Process Of Including Elementary Students With Autism And Intellectual Impairments In Their Typical Classrooms , Paper Presented At The Annual International Convention Of Council For Exceptional Children , Orlando.

Fee, V,(1994): Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Among Mentally retarded Children, Mississippi State University, 15 (1) 67-79.

Flett , G. ; Blankstein , K. ; Occhiuto , M. & Koledin , S. (1994) : Depression , Self-Esteem And Complex Attributions For Life Problems , Currents Psychology , 13 , 263-281.

Fischer, W. (1970): Theories of Anxiety , New York, William Fscfischer com.

Frank, A. (1995) : Young adults with behavior disorders- Before and after IDEA. Behavioral Disorders, 23, 40-56.

Frank, T, (1992) : The Family Encyclopedia of Child Psychology and Development , U.S.A, Caures Companies.

Goe, D. (1994) : An Investigation of Behavior Problems of Children with Down Syndrome and Their Relationship to Life Events (Mental Retardation). DAI- B 65/03 P. 1644. Sep. The Louisiana state university and Agricultural and Mechanical Col.

Grossman, H. (1983): Classification In Mental Retardation American Association On Mental Deficiency , Washington.

Hallhan , D., Kauffman, J (1994) : Exceptional children , New Gersey, Prentice Hall , Englewood cliffs.

Heiman, T. & Margalit, M. (2007): loneliness, Depression and Social Skills Among Students with Mild Mental Retardation in Different Educational Settings, Journal of Special Education, 32 , 154 – 163.

Heward, W. & Orlansky, M.(1994): Exceptional Children, New York. Merrill publishing , (98- 92.)

Holden,B & Gitlsen,J (2006): A Research in Developmental Disabilities. Multidis-Ciplinary Journal, 27 (4) , 456- 465.

Jack,L(1991): Mental Disorder-Its care and Treatment. Builpiet Trindaell , Landan.

John, W. & James, A. (1995): "Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation", American Psychological Association Washington, D.C.

Kaplan & Sadock (2000): Comprehensive text book of psychiatry. 7th ed., Library of Congress, U.S.A.

Kauffman, J. & Hallahan, D. (1995) : The Illusion of full Inclusion: A comprehensive Critique of a current special educational Bandwagon . Austin, Tx: Pro-Ed.

Kevinl, B. (1995) : Developmental Disabilities Definitions and Policies in Encyclop-edia of Social Work, Washington , NASW press , 15 , 713.

Kobe , F. (1994) : Parenting Stress And Depression In Children With Mental Retardation And Developmental Disabilities , Research In Developmental Disabilities , 15 , 209-221.

Kroese, B.; Hussein, H.; Clifford, C. & Ahmed, N. (2003): Social Support Networks and Psychological Wellbeing of Mothers with Intellectual Disabilities, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15(4) 423-340.

Lewis, R. & Doorlag, D. (1999) : Teaching Special Students in General Education Classrooms. Upper Saddle River, New Jersey , Prentice-Hall, Inc.

Lindsay G. (2003) : Inclusive Education: Article perspective, British Journal of Special Education,30,(1) 3-12.

Magnus , E. (1994) : A Co-operative Partnership : School Home and Community , Journal of Special Education , 18 (1) 33-42.

Mangal, S. (2002): Advanced Educational Psychology, 2nd ed., New Delhi, Prentice-Hall of India Private Limited.

Meins , W. (1993) : Assessment of Depression In Mentally Retarded Adults : Reliability And Validity Of Children's Depression Inventory , Research In Developmental Disabilities , 14 , 299-312.

Michael, J. & Saks, f. (1988): Social Psychology and Its Application, Inc , New York, Harper & Row Publishers.

Mickeal, E. (1985) : Patterns of Maladjustment among Mentally Retarded Children and Youth, American journal of mental deficiency , 191 (2) 124-134.

NDCC National Dissemination Center for Children with Disabilities (2004): Mental Retardation, Disability Fact Sheet, N, (8) Ltd.

Neilr,C(1993):Psychology the Science of Behavior , 4th ed., Allyn and Bacon –Boston.

O'connor, T. & Colwell, J. (2002) : The effectiveness and Rationale of the “Nurturer Group” Approach to Helping Children with Emotional and Behavioral Difficulties remain within Mainstream Education , British Journal of Special Educations, 29 (2) 96-99.

O'Keefe , P. (1991) : Relationship Between Social Status And Peer Assessment Of Social Behavior Among Mentally Retarded And Non-Retarded Children , U.S.A Masscult Sets.

Rao , S. (1999) : Beliefs And Attitudes Of Pre-Services Teachers Towards Teaching Children With Disabilities , Paper Presented At The Annual International Convention Of Council For Exceptional Children , Orlando.

Richard H, (1990): Sport Psychology Concepts and Applications , 2nd ed. , W.M.C Brown publishers.

Romning , J. & Nabuzoka , D. (1993) : Promoting Social Interaction and Status of Children with Intellectual Disabilities in Zambia , Journal of Special Education , 27 (3) 277-305

Smith , R (1993) Children With Mental Retardation , A Parents Guide . M.A Pcec . Slp .

Stainback, S. & Stainback, W. (1996) : Inclusion: A Guide for Educators , Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Stratton,H & Hayes,T (1999): A Student's Dictionary of Psychology .3rd ed ,London Arnold.

Sukhodolsky,D (2005) : Child Psychiatry and Human Development, American journal Articles , 36 (2) 77-193.

Walz, N(1996): Labeling and Discrimination of Facial Expressions by Aggressive and Non-Aggressive Men with Mental Retarda-tion. American journal Articles , 101 (3) 91-282 .

Wolfe L. (2001) : Family Resilience and Parental competence , Contributors to Variation on Child Depression Scores in divorced and Intact Families , Ph.D. University of Canada, Canada .